



Universidad
Externado
de Colombia

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
Programa de Psicología

Área de Salud, Conocimiento Médico y Sociedad

Línea Cerebro Social, Ecología y Convivencia

EMPATÍA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.
MIRADAS EN DIFERENTES ETAPAS DE FORMACIÓN Y EXPERIENCIA
PROFESIONAL.

Trabajo de grado para optar el título de psicóloga
presentado por

Katherine Vanessa Delgado Rodríguez

Asesoría de

Juan Carlos Caicedo Mera
Jorge A. Martínez Cotrina

Bogotá, Colombia

2018

Tabla de contenido

Agradecimientos.....	3
Introducción	4
Capítulo I: Contextualización y Sistemas Teórico Metodológicos	7
Parte 1: Identidad del Proyecto.....	7
Antecedentes.	10
Objetivos.	16
Parte 2: Marco de Referentes Conceptuales y Teóricos	17
Parte 3: Sistema Metodológico.....	25
Tipo de enfoque investigativo.....	25
Técnicas de investigación.	25
Población y muestra.	27
Ruta metodológica.	28
Aspectos éticos.....	29
Capítulo II: Análisis y Discusión de Resultados	30
Descripción de la muestra.....	31
Parte 1: Análisis de Resultados Cuantitativos	32
Parte 2: Resultados Micro etnografía. Un ‘Mosquito’ en el Consultorio	40
(Lenguaje en primera persona)	40
Parte 3: Análisis de Resultados Cualitativos	58
Capítulo III: Conclusiones	68
Referencias	71
Anexos.....	76
Anexo 1. Cuestionario de la encuesta JSE.....	76
Anexo 2. Guion de entrevista conversacional.	78
Anexo 3. Carta de confidencialidad.....	79
Anexo 4. Planos de los pisos de la unidad clínica donde se realizó la micro etnografía.....	80
Piso 1. Recepción.....	81
Piso 2. Consultorios.	82
Anexo 5. Tabla 4 de correlación entre edad y rango de empatía.....	83
Anexo 6. Definición de los nodos	84
Anexo 7. Figuras 22, 23 y 24 de los mapas mentales.....	90

Agradecimientos

En principio quiero agradecer a mi Universidad por ser mi casa de estudios, la más romántica, de jardines hermosos, de posturas críticas y liberalismo radical; de contrastes complementarios entre análisis agudos con suavidades estéticas. Ahí aprendí a balancear la observación social con la apreciación de los pétalos de las flores en aquellos jardines en los que me gustaba sentarme a estudiar, leer o reflexionar.

El Externado, que nos alberga sobre la cordillera oriental y desemboca en el barrio la Candelaria, fuente inagotable de historias patrias. En esta casa encontré más personas, que como yo, sin importar los diferentes roles, decidimos atrevernos a pensar por fuera de la caja y ser rebeldes *con causa*, a hablar en voz alta las injusticias y proclamar en armonía y pasión aquello que merecemos como individuos, colectivos, gremios y sociedad.

También quiero agradecer a cada uno de mis profesores y compañeros que en el compartir fuimos aprendiendo a ver el sentido en la práctica de *ser* seres integrales. A mi familia y amigos que estuvieron apoyándome y que, con la famosa pregunta “¿y cómo va la tesis?” me recordaban que me querían ver graduada pronto. A los médicos que amablemente decidieron participar en esta investigación y darme un espacio para entrar un poco en sus mundos. A mis tutores que con sus conocimientos y carisma me guiaron para sacar con éxito este producto; y a todas aquellas personas que de una u otra forma hicieron parte de este suceso.

Finalmente, estoy agradecida con el trabajo de grado como proceso mismo, pues se convirtió en una bonita fuente para conectar y crear redes con personas maravillosas, para ampliar mi mundo y aprovechar oportunidades en las que lo importante era humanizar las conversaciones, siendo esto nada más que tocar con cuidado otras almas humanas.

Introducción

La empatía, tomada en cuenta para este proyecto solamente en su expresión como fenómeno humano que surge en las relaciones -sin ignorar su existencia en los animales no humanos-, puede estar presente en diferentes ámbitos de la interacción humana. Pero en el campo de la salud, donde la interacción está atravesada por procesos de salud-enfermedad y bienestar¹ y una complejidad emocional de por medio, la empatía resulta un componente crucial en la relación directa entre quien promueve e interviene en esos procesos y quien vive sus procesos de salud; es decir, el médico y el paciente.

Es por esto que este proyecto se centró en analizar de manera multidimensional la expresión de *empatía* en la relación médico-paciente por parte del profesional en salud teniendo en cuenta aspectos subjetivos a lo largo de su formación académica y su ejercicio profesional dentro del contexto colombiano. Esto surgió al vislumbrar la posibilidad de que las expresiones empáticas por parte de los médicos pueden ser variadas y cambiantes, e influirían de manera directa la relación con el paciente, la cual tiene lugar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia.

Este sistema con 25 años de creado lleva varios de ellos en crisis, tal como explica Mario Hernández (Deslinde, mayo 2010) que con la entrada en vigencia de la ley 100 de 1993 se buscó un aseguramiento en salud a la población colombiana de manera individual por medio de un sistema con dos regímenes: subsidiado (Sisbén) y contributivo, y se decidió entregar la organización, prestación y acceso final de los servicios de salud a intermediarios financieros que son llamados aseguradores (EPS²). Pero estos intermediarios dan primacía a la rentabilidad de los

¹ Teniendo como referencia la definición de la OMS de salud: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (OMS, s.f.)

² Empresas Promotoras de Salud.

agentes controladores del sistema -es decir, las rentabilidades administrativas- en vez de las necesidades en salud de la población, dando como resultado, entre varios, los siguientes: la utilización de mecanismos de corrupción para generar sobre costo a medicamentos para que el FOSYGA³ pague hasta 30 veces más lo que cuesta un medicamento, descuidar la red pública hospitalaria generando el quiebre de muchos hospitales públicos, flexibilización y precarización laboral, obstáculos y dificultades para la atención de los pacientes por imposición de autorizaciones y acumulación de tutelas en contra de las EPS⁴ (Deslinde, mayo 2010: 66).

Este panorama biopolítico tiene lugar en la concepción biopsicosocial e histórica con el que se aborda el fenómeno de la empatía para este proyecto, situado en la investigación con mirada interdisciplinar de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Externado de Colombia, aunque dando primacía al carácter psicológico, en concordancia con el proceso de formación realizado, con el fin de promover la voz de los sujetos para dar cuenta de cómo reconstruyen su historia personal y formativa, y la construcción de su papel consigo mismo y su entorno en un continuum cambiante.

Se asume una posición en la que se busca romper con las nociones cerebrocentristas que reducen las explicaciones de los fenómenos humanos a los procesos neuronales, para extender la mirada a una más contextualizada y enfocada en las dinámicas relacionales como es el objetivo de la línea de investigación *Cerebro social, ecología y convivencia*, en el que se construyó este proyecto, y que busca aportar al conocimiento y a las prácticas en temas conectados con la calidad de vida de las especies y la convivencia humana desde los *ethos*

³ FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía. Ver <http://govco.co/fosyga/> para más información.

⁴ Para más información se sugiere leer La Crisis del Sistema de Salud en la revista Portafolio publicada el 23 de julio de 2012 en <http://www.portafolio.co/opinion/verdades-la-crisis-del-sistema-salud> y La crisis en el sector salud tiende a empeorar en la revista El Colombiano publicada el 19 de julio de 2012 en http://www.elcolombiano.com/la_crisis_del_sector_salud_tiende_a_empeorar-PUEC_198214

humanos y la neurociencia social (Aponte, Martínez, Caicedo, 2016). Abriendo el camino para tener una incidencia mayor en los ámbitos del conocimiento que contemplen el fenómeno de la empatía en contextos médicos y así posibilitar referentes de reflexión sobre esta desde los formadores en medicina a los diferentes perfiles profesionales que están inmiscuidos en la atención en salud.

Es pertinente señalar que la metodología diseñada para este proyecto responde a la ausencia de estudios investigativos que integran el carácter cuantitativo y el cualitativo, creando entonces una lectura más holística de los procesos empáticos desde los médicos permitiendo comprender las construcciones relacionales desde sus subjetividades.

Capítulo I: Contextualización y Sistemas Teórico Metodológicos

Parte 1: Identidad del Proyecto

El desarrollo de la vida en sociedad desde el ámbito de la salud les ha otorgado a los médicos dentro de la medicina tradicional un papel crucial como responsable de la vida de las personas integrantes de ella. Se podría hablar entonces que es responsable de la vida y la salud de la sociedad, pues se acude al médico porque es el que tiene los conocimientos sobre las dolencias orgánicas corporales y así mismo sabe el respectivo tratamiento a seguir, y tiene la responsabilidad social y médica del mejoramiento de las dolencias o la calidad de vida de quien acude a él.

En este sentido, el desenvolvimiento del ejercicio profesional de los médicos precisa una interacción directa con la persona consultante, esto es la relación médico-paciente, que está dirigida particularmente hacia un objetivo pro-social; es decir que el ejercicio profesional incluye el despliegue de comportamientos pro-sociales entendidos como los que son beneficiosos socialmente, por ejemplo, la compasión, el altruismo, etc., (Moñivas, 1996). Uno de ellos, es la empatía, la cual bajo esta lógica se podría concebir como un comportamiento pro-social que permite el mejoramiento de la calidad de la relación médico-paciente.

Esta relación está inmersa dentro de dinámicas sociales complejas en distintos niveles, siendo uno de ellos el encuentro entre el mundo específico de cada paciente y el carácter y el ejercicio profesional de cada médico, haciendo de la relación un encuentro diferente con cada persona. Sin embargo, hay tres tipos de relación como aparece en Rodríguez (2006) que se han caracterizado dependiendo del estado médico en el que se encuentre el paciente.

La relación activo-pasiva se establece con pacientes que se encuentran en una situación crítica que no les permite tener una participación directa en su tratamiento; como las personas en estado

de coma. La relación de cooperación se establece cuando los pacientes están en condiciones de cooperar en su diagnóstico y tratamiento, como en algunas enfermedades agudas –neumonía- y crónicas como la hipertensión arterial. Y, la relación de participación mutua, la cual “no sólo contempla el cumplimiento del tratamiento, sino el control en discusión frontal de situaciones y actitudes relacionadas con la causa y evolución de la enfermedad.” (Rodríguez, 2006).

Cada tipo de relación entre médicos y pacientes sigue desde el principio un itinerario de entrevista médica, que como lo indica Rodríguez (2006) es un procedimiento por etapas la cual está compuesta por varios momentos en los que se da lugar a dicha interacción según lo requiere el lugar de atención (hospital, hogar, etc.), como se puede observar en la figura 1:

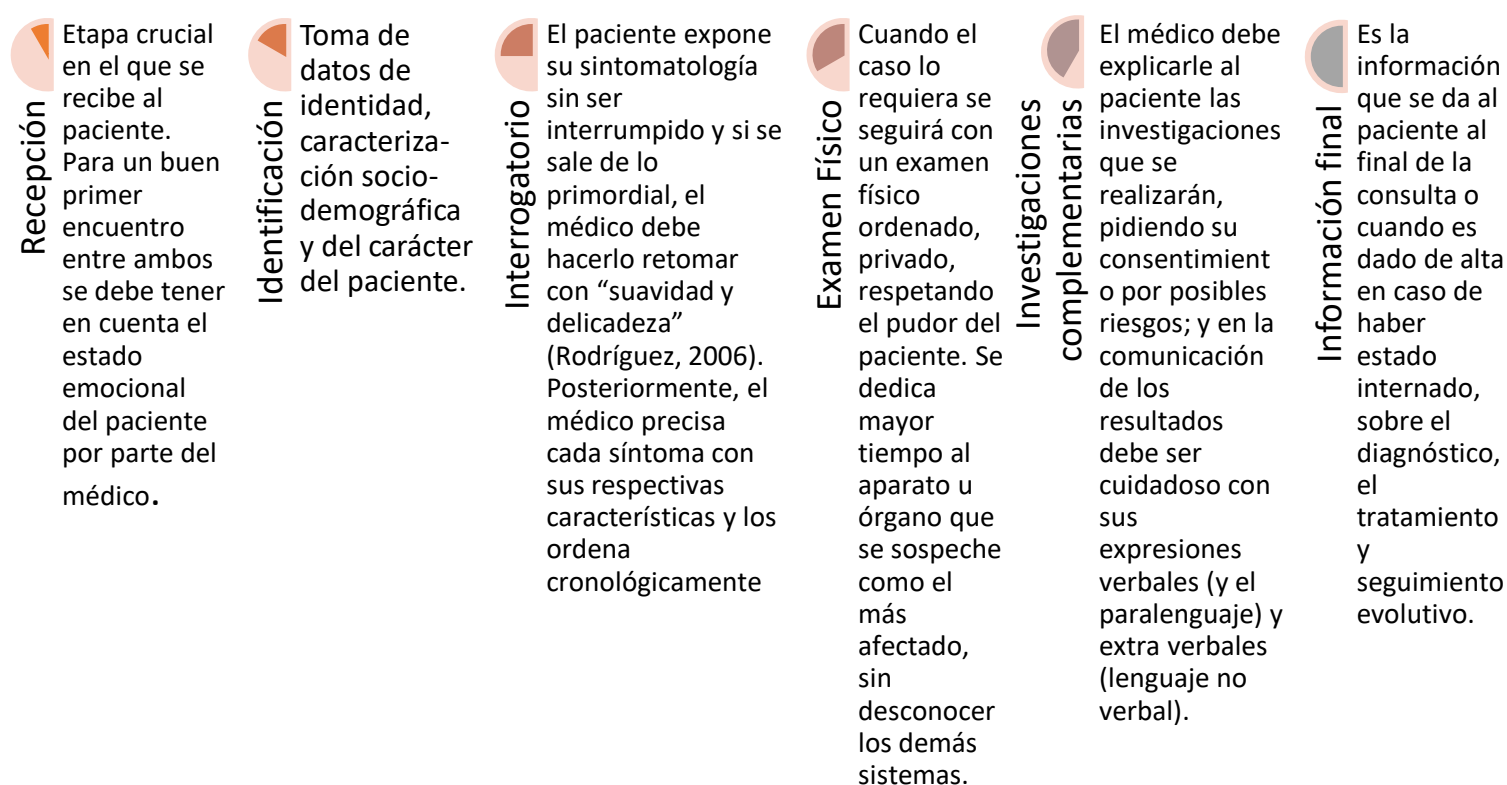


Figura 1. Etapas de la entrevista médica según Rodríguez (2006). Tomado de la autora.

En cada una de estas etapas de la entrevista médica -sobre todo en la de interrogación- se presentan errores de múltiple índole cometidos por médicos residentes y estudiantes de medicina como lo han expuesto varias investigaciones de diferentes autores⁵, poniendo en evidencia el posible deterioro de una relación médico-paciente como afirma Giménez (2002), quien sitúa como ejemplo la visión por parte de los pacientes acerca de los médicos generales, donde actualmente la Medicina General (Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina de Atención Primaria) se encuentra en una lucha antípoda, ya que uno de los polos se da en el que el paciente ve al médico general como un obstáculo, un muro entre él y el médico especialista que desea y considera necesario que lo vea, y por el contrario, está el deseo del paciente de ser tratado por un médico próximo, que le dedique tiempo necesario, que lo conozca a él y a su entorno, y que resuelva sus problemas de forma integrada y personal (Giménez, 2002).

De esta forma y como se mencionó antes, la interacción está atravesada no sólo por la singularidad del paciente y su estado médico sino también por el carácter médico de los profesionales en salud. Esto último hace referencia a las cualidades que se les demandan a los médicos desde hace mucho tiempo y se puede caracterizar desde dos rasgos: el primero es como profesional y el segundo en el ejercicio profesional en la relación con el paciente.

En el primer rasgo -como profesional-, se puede exponer las cualidades fundamentales que deben tener los médicos resumidas por Hipócrates en: conocimientos, sabiduría, humanidad y probidad u honradez (Rodríguez, 2006). Y el segundo rasgo, es decir las cualidades en el ejercicio profesional en la relación médico-paciente, se evidencia en lo establecido por Pedro

⁵Para más información ver Beaumier A., Bordoge G., Saucier D., Turgeon J. Nature of the clinical difficulties of first year family medicine residents under direct observations. Can Med Assoc J. 1992; 146:489-97. Y Moreno Rodriguez MA. Deficiencias en la entrevista médica. Un aspecto del método clínico. Rev Cubana Med. 2000; 39:106-14. Citados en Rodríguez (2006).

Lain Entralgo (en Rodríguez, 2006) en tres parámetros: 1. Saber ponerse en el lugar del otro, 2. Sentir como él o ella y, 3. Disponerse a ayudarle cuando enfrenta dificultades.

Los dos primeros parámetros eludirían desde el común -pero no desde el concepto como se explica más adelante- a la empatía como componente fundamental en el ejercicio pro-social de “curar/ayudar” al otro, lo cual la hace indispensable en la relación médico-paciente para el desenvolvimiento del buen ejercicio profesional de los médicos aplicando también lo expuesto por Hipócrates sobre el carácter de estos.

Antecedentes.

Una de las investigaciones más cercanas a examinar la empatía dentro del ámbito médico en Colombia es la realizada por Erazo, Alonso, Zamorano y Díaz (2012), en la cual se evaluó el nivel de orientación empática de los alumnos del Programa de Odontología de la Universidad Metropolitana de Barranquilla (Colombia) por medio de una investigación no experimental, descriptiva, de corte transversal y ex post facto causa-efecto. Se aplicó la Escala de Empatía Médica de Jefferson (JSE por sus siglas en inglés) a los 169 estudiantes desde 1er año hasta el 5to de odontología en dicha universidad y se sometieron los datos a la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk en los dos factores Año y Sexo y a la prueba de homocedasticidad de Levene. Se compararon las medias mediante un Análisis de Varianza Bifactorial Modelo III con interacción de primer orden, estimando la potencia observada y el tamaño del efecto.

Teniendo como resultado que se encuentran diferencias entre cursos y no entre géneros. Hay una igualdad en las medias entre los cuatro primeros cursos pero la media del quinto año muestra un incremento de la empatía, y que “el comportamiento de la variable refleja en las mujeres una "menor" estabilidad, con una leve tendencia a aumentar en el tiempo; en los hombres manifiesta variaciones más estables.” (Erazo et al., 2012).

Por otro lado, Jagua y Urrego (2011) realizaron otro estudio de corte transversal en el cual buscaron caracterizar las actitudes de estudiantes colombianos de pregrado en medicina dirigidas hacia la práctica de la disección relacionándola con la puntuación obtenida en la escala de Empatía Médica de Jefferson (JSE) -instrumento utilizado en la investigación previamente mencionada-, además se incluyó variables socio demográficas y de actitudes hacia la disección. Se encuestaron 904 estudiantes con edades promedio de 19, y más de la mitad eran mujeres (51.8%). La información fue recolectada en 5 facultades de medicina de Bogotá (Colombia) durante el segundo semestre del año 2010.

Se expone como resultado que “la práctica de la disección evoca emociones positivas y que se relacionan con un mayor interés por aprender.” En la JSE se obtuvo como promedio un puntaje de 13,34, en el cual las mujeres obtuvieron un puntaje significativamente mayor ($p=0,012$); y se concluye que las actitudes de los estudiantes son positivas hacia la disección y no se relacionan con la puntuación en la JSE.

Ambas investigaciones son de carácter meramente cuantitativo, exponiendo una realidad en datos donde la primera investigación arrojó un incremento de la empatía en odontólogos en el último año de la formación, y en la segunda se halló que las actitudes positivas hacia la disección en los médicos en formación no están relacionadas con la medición de la empatía como tal. Sin embargo, se ciñen ante una sola medición que podría dar una pequeña porción del panorama del espectro de la empatía en los integrantes del gremio médico en Colombia.

No obstante, la empatía en la relación médico-paciente también se ve influida por aspectos no verbales como lo es el atuendo de los médicos y la percepción de empatía que tienen los pacientes con respecto a este, según lo demuestra el estudio realizado por Chung H. et al. (2012) en el que 143 pacientes fueron divididos en cuatro grupos cuando iban a consultar un médico de

medicina tradicional coreana, se les presentó el mismo profesional de salud en el espacio de la consulta médica con un atuendo diferente según el grupo: atuendo casual, traje formal, bata blanca y tradicional. Se aplicó una medición con la “Consulta y Empatía Relacional” (CARE por sus siglas en inglés) donde los puntajes más altos fueron en los grupos donde el médico estaba con bata blanca o en traje tradicional en comparación con los grupos con traje formal y casual.

Así mismo, Montague, Chen, Xu, Chewning y Barrett (2013) realizaron un estudio en el que indagaron la relación entre comportamientos no verbales y la evaluación clínica por medio de 110 grabaciones de los encuentros clínicos evaluando los comportamientos no verbales – específicamente el contacto visual y el contacto social- en los pacientes y en los médicos, y unos cuestionarios respondidos por los pacientes evaluando su percepción de la empatía de los médicos, su conexión con ellos y cuánto les gustó su médico. Como resultados dio que el contacto visual, el contacto social y la duración de la consulta son altamente evaluados como positivos por los pacientes en su percepción de empatía en sus médicos.

Pero los aspectos y comportamientos no verbales no son los únicos que influyen en la empatía en la relación médico-paciente, pues también se encuentra el factor tiempo en un sentido histórico como se puede observar en el estudio realizado a 72 muestras de estudiantes universitarios estadounidenses entre 1979 y 2009 (Total N= 13,737) por Konrath, O’Brien y Hsing (2010) con el fin de examinar los cambios en la disposición empática en los estudiantes a través del tiempo. Este estudio fue conducido hacia los estudiantes que completaban una de las cuatro subescalas del Índice de Reactividad Interpersonal (IRI) (Preocupación Empática, Toma de perspectiva, Fantasía y Angustia personal), encontrando como resultados que hay cambios a nivel negativo en la subescala de Preocupación Empática pues hay un gran descenso desde 1979 hasta el 2009, seguido por la subescala de Toma de perspectiva. La Fantasía y la Angustia

personal no exhibieron cambios en el tiempo. Concluyeron que con análisis adicionales se encontró que la declinación en la Toma de perspectiva y en la Preocupación Empática es un fenómeno relativamente reciente y son pronunciados en su mayoría en las muestras después del 2000.

Se puede resaltar de estos antecedentes que las diferentes investigaciones revisadas evalúan la empatía desde una metodología netamente cuantitativa utilizando diferentes instrumentos como la JSE, CARE y la IRI, sin embargo no se realizan buscando otras formas de visualizar y comprender la relación médico-paciente como lo es entendiendo la empatía en los médicos desde los comportamientos pro-sociales, y por consiguiente, al no descentrarse de la medición de un aspecto en el individuo no ve su aspecto social ni denota el carácter hermenéutico e interpretativo que recobraría desde las ciencias sociales y humanas con otras técnicas.

Para obtener esto, resulta imprescindible hacer la siguiente pregunta: ¿qué se entendería por *empatía*? Ya que no es un concepto que está estrictamente definido, y que además tiene un carácter multifactorial y se puede entender de muchas maneras, no siempre de carácter pro-social. Sin embargo Preston y de Waal (2002, en Olivera, 2010) definen la empatía -partiendo de la idea de que es un tipo de comportamiento (anudado a los prosociales)- como las acciones que hace una persona para aliviar el sufrimiento de otro. Pero hay quienes sostienen que el contar con una alta capacidad para comprender la perspectiva de otro, o sentir lo que siente no necesariamente lleva a una respuesta comportamental, incluso si es o no en beneficio propio (Eisemberg y Eggum, 2009; Gilbert, 2005; Singer y Lamm, 2009, en Olivera, 2010); es decir, sentir empatía no conlleva necesariamente a ejecutar algún tipo de comportamiento.

Siguiendo con ello, también están los que aseguran que el hecho de ser capaz de sentir o captar lo que piensa una persona no conduce inevitablemente a que se comporte a favor de ella, incluso puede llevar a todo lo contrario como lo expone Singer y Lamm (2009, en Olivera, 2010) por medio de los siguientes ejemplos:

“Un torturador puede utilizar la empatía para saber cuánto debe aumentar el sufrimiento de su víctima. En ámbitos competitivos –por ejemplo en actividades deportivas, operaciones de negocios o hasta la guerra- las tácticas más exitosas toman en cuenta el efecto emocional negativo que una determinada acción tendrá en el oponente; y la experiencia de la empatía (en su nivel más extremo) puede llevar a una respuesta aversiva y egoísta en vez de un comportamiento a favor del otro” (Singer y Lamm, 2009: 84 en Olivera, 2010: 10-11).

En este sentido, es necesario destacar el papel de la empatía dentro de la responsabilidad médica que tiene cada profesional en este campo, además del carácter humano que se les demanda a los médicos en la relación con sus pacientes como citaba en el apartado anterior en Rodríguez (2006) y la ambivalencia que puede adoptar el concepto y el fenómeno de la empatía en los distintos ámbitos en que se desenvuelve el médico; pues no siempre se utiliza en beneficio del otro sino que posiblemente se ejecutan acciones similares a las respuestas comportamentales por empatía (como el lenguaje ‘comprensivo’) para el cumplimiento de las obligaciones laborales, como parecería darse, por ejemplo, en muchos médicos de diferentes ramas de la medicina que muchas veces se hace uso de comportamientos empáticos con el fin de obtener más información del paciente para concluir en un diagnóstico y cumplir su obligación laboral. Por lo tanto, es fundamental exponer que la empatía no es una característica estática, sino como bien se

expone anteriormente tiene un carácter multifactorial y dinámico, permitiendo que se den transformaciones en la vivencia y exposición de la empatía desde los médicos hacia sus pacientes.

También tiene importancia el factor tiempo en dicha expresión empática como se exhibe en la investigación de Konrath, O'Brien y Hsing (2010) previamente citada. Puntualmente, este factor tiempo mostró una declinación marcada en la subescala de Preocupación Empática después del año 2000, demostrando el carácter dinámico de la empatía y generaría un cuestionamiento sobre la relación entre la declinación de la Preocupación Empática a través del tiempo y la expresión de esa empatía, pues a lo largo de la formación académica puede que esa expresión empática también vaya bajando (o declinando), a la vez que durante el ejercicio profesional médico. Sin embargo, esa declinación en la expresión empática puede ir cambiando posiblemente por habituación a los escenarios hospitalarios en lo que se observa, trata y se vive con el dolor, el sufrimiento, la muerte y el duelo; lo que a su vez, puede ir generando maduraciones en el médico en muy poco tiempo, en un mismo año o por la larga vivencia de una carrera médica, haciendo del factor tiempo no sólo una medida en años sino de una historia de vida marcada por experiencias de habituación o situaciones significativas que influyen en la declinación de la expresión empática a lo largo de la formación académica y el ejercicio profesional.

En todo caso, la no expresión empática o la disminución de la misma puede tener un impacto sobre la calidad de la relación que se genera entre el médico y sus pacientes, haciendo visible la importancia de esta expresión en aquella. Y para ahondar e indagar más sobre estos cambios empáticos en los médicos se propuso la siguiente cuestión como orientadora y los consecuentes objetivos de investigación:

Pregunta de investigación.

¿Cómo se vivencia la empatía en la relación médico-paciente en diferentes etapas de la formación y del ejercicio profesional de médicos colombianos?

Objetivos.***Objetivo general.***

Analizar la expresión de la empatía en médicos colombianos a través de sus diferentes etapas de formación y ejercicio profesional con el fin de aportar referentes de reflexión para la práctica profesional en la relación médico-paciente.

Objetivos específicos.

- Identificar los agentes influyentes en la construcción de la empatía de médicos colombianos en la relación médico-paciente.
- Caracterizar los cambios o transformaciones de la expresión de la empatía de médicos colombianos durante su proceso de formación y el ejercicio profesional.
- Analizar los puntos de cambio que se identifiquen en la expresión de la empatía de médicos colombianos para la reflexión de la práctica profesional en la relación médico-paciente.

Parte 2: Marco de Referentes Conceptuales y Teóricos

La empatía es un concepto complejo y multidimensional que no ha logrado obtener un consenso sobre su definición dentro de la psicología. Pues como bien expone Olivera (2010) se han generado una gran cantidad de definiciones y construcciones dándole un carácter cognitivo, emocional, perceptivo o comportamental. Sin embargo, en un intento por no ceñir la definición a una sola y darle un carácter multidimensional Davis afirma que “la empatía es un conjunto de constructos que incluyen los procesos de ponerse en el lugar del otro y respuestas tanto afectivas como no afectivas que resultan de esos procesos” (Davis, 1996:12 citado en Olivera, 2010: 9).

Esta definición comprende componentes cognitivos y emocionales. De igual forma, la empatía se puede entender como una capacidad que puede estar presente o ausente en una persona, entendiéndola “como un continuo, en el cual la persona puede poseer distintos grados de empatía.” (Olivera, 2010: 9), lo que indica que puede presentarse también de manera parcial. En este sentido, la empatía en su carácter multidimensional y multifacética está atravesada por y, entra en contacto con, otros conceptos que pueden surgir subsiguiente, simultánea o correlacionalmente con la empatía en la persona.

Con propósito de tener mayor claridad en la investigación, surge la necesidad de explicar lo que se entendió por cada concepto en su relación con la empatía:

Empatía y comportamiento pro-social. Teniendo en cuenta que este proyecto está centrado en la expresión de la empatía en médicos, la definición más acertada en la relación entre empatía y comportamiento pro-social es la que da Preston y de Wall (2002) quienes definen el comportamiento pro-social como “aquellas acciones que una persona hace para aliviar el sufrimiento de otro.” (Preston y de Waal, 2002 citados en Olivera, 2010:10). Sin embargo, también consideran que tanto la empatía como el comportamiento pro-social son independientes

en el sentido en que no es necesario que una persona sienta la emoción del otro para querer ayudarlo, así como el compartir el estado emocional no lleva al comportamiento de ayuda.

Empatía y simpatía. Se hace necesario marcar una diferencia entre empatía y simpatía, ya que como bien lo expresan Stepien y Baerstein (2006) varios autores diferencian ambos conceptos en cuanto que la empatía implica “apreciar o imaginar los sentimientos del otro”, mientras que la simpatía haría referencia a “experimentarlos al igual que el otro”. En este sentido, dentro del campo de la salud, el vivenciar la empatía “traería resultados positivos”, pero simpatizar conllevaría a un “involucramiento excesivo y, por lo tanto, una pérdida de la objetividad” (Stepien y Baerstein, 2006 citados en Olivera, 2010:11).

Complementariamente, y desde otra perspectiva, la empatía se entendería como la respuesta afectiva a la percepción del estado emocional del otro, y la simpatía implicaría el surgimiento de sentimientos de dolor, preocupación y lástima por el otro, según Eisenberg y Eggum (2009, citados en Olivera, 2010:12). Así, extienden a la empatía como el primer paso de compenetración con el otro y que derivaría en simpatía o en angustia personal, lo que implicaría que la empatía puede generar también sentimientos egoístas con el fin de aliviar el sufrimiento personal que surgiría por compartir la emoción de otra persona (Eisenberg y Eggum, 2009 citados en Olivera 2010:12)

Empatía y contagio emocional. El contagio emocional es definido por Hatfield, Cacioppo y Rapson (1994) como la “tendencia natural y automática” que sincroniza las expresiones faciales, de postura, voz, movimientos, etcétera de otras personas, y que se da como respuesta instintiva e involuntaria. (Hatfield, Rapson y Yen-chi, 2009 citados en Olivera, 2010:11). Es decir, es una sincronización de manera inconsciente con las expresiones no verbales de la persona con la que se interactúa.

Empatía y compasión. La compasión, a diferencia de la empatía, es un concepto que tiene una definición más concreta y está dirigida hacia atributos y habilidades, dentro de las cuales se encuentra la empatía (Gilbert, 2005; Gilbert, 2009, en Olivera, 2010). Los atributos de la compasión son:

- Interés por el bienestar del otro; sensibilidad al estrés y a las necesidades;
- Simpatía, que implica ser movido emocionalmente por los sentimientos y el estrés que sufre el otro de manera que “el cliente vea al terapeuta” como alguien que se conecta emocionalmente con su historia, y no como alguien distante y emocionalmente pasivo;
- Tolerancia al estrés;
- Evitación del juicio; y
- Empatía, que implica trabajar para comprender los significados, las funciones y el origen del mundo interno de otras personas, para poder verlas desde su perspectiva (Gilbert, 2009, citados en Olivera, 2010:12).

Es importante destacar que tanto la empatía como los otros conceptos ya descritos contienen en sí una discusión que se ha venido estableciendo sobre la relación entre emoción y cognición, y que ha marcado una posición bastante dicotómica desde varios autores, que afirman que la emoción es un proceso innato gobernado por estructuras anatómicas cerebrales diferentes de las que gobiernan a la cognición, y pueden obedecer a procesos y mecanismos distintos (Panksepp, 1982, 1986; Le Douarin, 1989). Esta discusión dicotómica se compone por dos perspectivas sobre el estudio emocional: la perspectiva cognitiva y la perspectiva biológico-evolutiva. La primera afirma que la actividad cognitiva es un factor previo para la producción de

la emoción (Lazarus, 1982a y b, 1984a y b, 1991), y la segunda afirma que la emoción puede producirse sin cognición (Zajonc 1980, 1984, en Relaciones entre Emoción y Cognición, (s.f.)).

Sin embargo, en este proyecto no se busca casarse con una perspectiva ni con otra, por lo tanto se escogió uno de los varios modelos que buscan integrar las explicaciones sobre los procesos de emoción con los de cognición; dicho modelo de referencia es el de Izard (1993 citado en Relaciones entre Emoción y Cognición (s.f.)), sin dejar de reconocer que existen otros modelos que pueden ser complementarios para la explicación o teorización de dicha relación entre cognición y emoción (Buck, 1984, citado en Relaciones entre Emoción y Cognición (s.f.)), sin embargo el de Izard resalta por permitir tener una explicación de la expresión individual de la activación de la empatía.

Izard, (1993 citado en Relaciones entre Emoción y Cognición (s.f.)) propone un modelo que intenta explicar de un modo más integral en el individuo la relación entre emoción y cognición, como una forma de salir y de romper con la discusión dicotómica. Propone que la polémica entre la emoción y la cognición debería replantearse y no ser discutida buscando si la cognición es la determinante de las emociones o si la emoción se da independiente de la cognición, sino que se debe dar prevalencia al hallazgo de hipótesis alternativas que resulten viables para la explicación de la activación de la emoción y si se puede explicar desde activadores no cognitivos la activación de emociones experimentadas diariamente⁶.

⁶ Para ampliar información ver Relaciones entre Emoción y Cognición (s.f.) Tema 10: Relaciones entre Emoción y Cognición: Introducción al Debate Planteado. Recuperado el 22 de julio de 2015 de: <http://www4.ujaen.es/~eramirez/Descargas/TEMA%2010mtyemo.pdf>. Y Chóliz, M. (2005) Psicología de la Emoción: El Proceso Emocional. Recuperado el 22 de julio de 2015 de: www.uv.es/~choliz. Tomados como referencia para este marco teórico.

Aplicado al ámbito relacional médico, este modelo facilitaría el entendimiento de la activación de la empatía en médicos colombianos y otros componentes no cognitivos y cognitivos que establecen a diario con sus pacientes.

Izard afirma que existen cuantiosos activadores específicos de emociones, los cuales clasifica en cuatro tipos denominados como sistemas: neurales, sensoriomotores, motivacionales y cognitivos (Ver figura 2). Estos cuatro sistemas aunque son denominados por separado tienen una alta interacción entre ellos; están en un constante procesamiento de información dentro de un continuo en la relación entre emoción y cognición. Izard clasifica los procesamientos de información en cuatro categorías: celular, organísmico, biopsicológico y cognitivo (ver figura 3), considerando en esta última a la cognición como un activador de la emoción, según Izard.

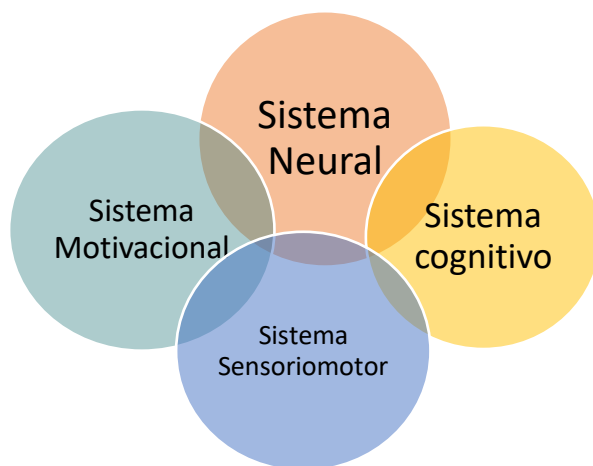


Figura 2. Resumen de los cuatro sistemas del Modelo de activación de la emoción propuesto por Izard (1993). Tomado de la autora.

Según Izard, todos los procesos de activación de la emoción conllevan un sistema neural necesariamente, sin embargo estos pueden activar emociones independientemente de los otros sistemas implicados.

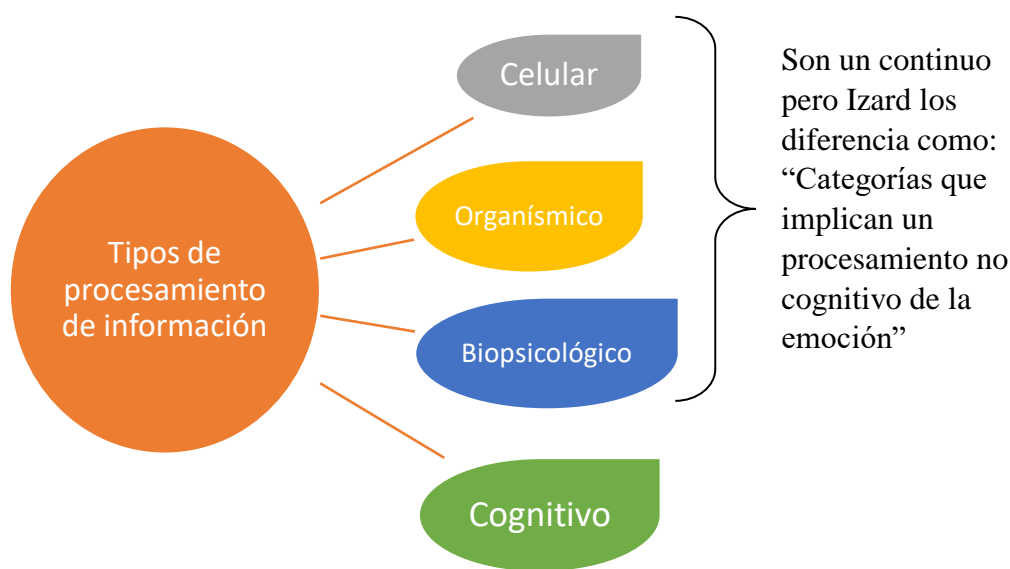


Figura 3. Resumen de los tipos de procesamiento de información existentes en el modelo propuesto por Izard (1993). Tomado de la autora.

El tipo de procesamiento celular según Izard (1993) es el que se produce por enzimas y genes. Se codificaría a través de la selección natural la información procesada y no tiene relación directa con los procesos cognitivos pero es imprescindible para determinar el umbral y la predisposición de los seres para experimentar ciertas emociones. El Organísmico hace referencia a los estados fisiológicos de impulso; conlleva el procesamiento de datos sensoriales más que todo obtenida por los receptores interiores, es decir que casi no procesa información recibida desde el exterior.

El procesamiento Biopsicológico está constituido por la interacción entre la información biológica (organísmico) y la información obtenida por el aprendizaje o experiencia (cognición). Presupone una evaluación cognitiva de la información sensorial proporcionados por la

información biológica, es decir, la predisposición genética, más no de la información cognitiva. Y finalmente, el tipo de procesamiento Cognitivo incluye todos los procesos mentales dependientes de las representaciones adquiridas por medio del aprendizaje y las experiencias del individuo, las cuales producen capacidad de memoria para generar los procesos de comparación y discriminación.

De esta manera, su principal consideración es que los cuatro tipos de sistemas que activan la emoción pueden ser entendidos como un sistema que se puede organizar jerárquicamente en cuanto a la complejidad que cada uno requiere, más no deja de lado el que están en constante interacción, puesto que explica que aunque los sistemas sensoriomotores y motivacionales pueden proceder de manera independiente de la cognición, actúan con procesos cognitivos conjuntamente para la activación emocional. Así, afirma que a mayor complejidad de las condiciones de la emoción, mayor es la probabilidad de que estén implicados los sistemas activadores de más alto nivel, la cognición (Relaciones entre Emoción y Cognición (s.f.), pág. 5).

No obstante, Izard (1989 en Chóliz, 2005) también articula las emociones con las funciones sociales que pueden tener, destacando como principales funciones la de “facilitar la interacción social, controlar la conducta de los demás, permitir la comunicación de los estados afectivos, o promover la conducta prosocial” (Izard en Chóliz, 2005: 5). De esta manera, Chóliz (2005) también afirma que la expresión de las emociones se puede considerar como una serie de estímulos o señales que permiten la discriminación de los estados emocionales del otro y facilitan la predicción del comportamiento que se asocia a dichas emociones expresadas, permitiendo la ejecución de conductas por parte de los demás; teniendo una implicación y efecto en los procesos de establecimiento de relaciones sociales.

Por otro lado, la inhibición de expresión emocional también tiene una función social donde es necesario la inhibición de ciertas reacciones emocionales para evitar una extensión de manera negativa a las relaciones sociales e incluso a la estructura y funcionamiento de grupos sociales u otras formas de organización social (Chóliz, 2005). Aun así, la expresión emocional, en algunos casos, puede inducir a conductas pro-sociales y al altruismo, y la inhibición puede inducir a malentendidos y/o reacciones no deseables para la armonía social que se hubieran evitado en caso de haber sido expresadas esas emociones (Pennebaker, 1993, citado en Chóliz, 2005: 6).

Por último, como punto a tener en cuenta, algunos autores señalan que la revelación de las experiencias emocionales también puede tener efectos nocivos, pues se ha comprobado que las personas que proveen apoyo social a aquellos que expresan aflicción sufren frecuentemente de trastornos físicos y mentales (Coyne et al., 1987 citados en Chóliz, 2005: 6). Como ocurre con los médicos con la *fatiga emocional*, y podría tenerse como hipótesis para ser uno de los factores que generan la inhibición emocional —como la empatía— por parte de los médicos con sus pacientes.

Parte 3: Sistema Metodológico

Este proyecto fue diseñado para hacer una triangulación de técnicas cualitativas y cuantitativas, teniendo como finalidad la complementación y/o contrastación de la información obtenida para un análisis integrado del fenómeno a estudiar.

La utilización de técnicas con carácter mixto busca ampliar la visión del espectro -en este caso de la empatía en los médicos-, para que se evidencie de manera complementaria los variados aspectos que interactúan en el fenómeno y que de otro modo utilizando sólo una técnica de uno u otro carácter (cuantitativo o cualitativo) se podrían dejar de lado y/o no se harían evidentes.

Tipo de enfoque investigativo.

Una investigación bajo un enfoque mixto es definido como un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio para responder a un planteamiento de problema (Teddlie et al., 2003 en Hernández, Fernández y Baptista, 2003: 755). De esta forma, por un lado se buscó generar datos numéricos para representar el ambiente social de la población escogida, que permitiría un análisis de dichos datos por medio de una inferencia estadística, y por otro lado se buscó ampliar la mirada numérica hacia la perspectiva cualitativa indagando por la rutina, las situaciones problemáticas y los significados de los fenómenos en la vida de las personas (Rodríguez, Gil y García, 1996).

Técnicas de investigación.

El instrumento cuantitativo usado fue la Escala de medición de Empatía en Médicos de Jefferson (JSE por sus siglas en inglés) creado por el grupo de la Universidad de Jefferson en Filadelfia del Estado de Pensilvania, Estados Unidos que hacen parte del Centro de Investigación en Educación Médica y Cuidado en Salud (Center for Research in Medical Education and Health

Care). Este instrumento ofrece una validez de construcción y confiabilidad aceptable (alfa superior a 0.80) (Alcorta-Garza et al., 2005: 59).

Se utilizó el instrumento ya validado en su versión hispanohablante para este proyecto en su versión Student o “S” que contiene 20 reactivos tipo Likert con una escala de siete puntos donde 1 es *totalmente en desacuerdo* y 7 es *totalmente de acuerdo* (Ver anexo 1).

Como técnicas cualitativas se utilizó una entrevista conversacional a modo biográfico a 15 médicos y una micro etnografía en el consultorio de dos médicos especialistas en una unidad clínica de carácter privado en Bogotá como se detalla más adelante en el texto.

La entrevista conversacional a modo biográfico está definida como “encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, (...) dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones” (Taylor y Bodgan, 1994: 101 citado en López, 2006: 70); además, tiene como intencionalidad el “adentrarse en la vida del otro”, el descifrar los gustos, miedos, significaciones en las perspectivas de los entrevistados respecto a sus vidas, experiencias y situaciones expresados por ellos, y, donde el entrevistador es otro instrumento de análisis que dirige las preguntas hacia la información más relevante según los intereses de la investigación, generando a la vez una atmósfera para que se expresen libremente (Robles, 2011: 40).

La micro etnografía consiste en la “focalización del trabajo de campo por medio de una observación e interpretación del fenómeno a estudiar en una sola institución social, en una o varias situaciones sociales” (Murillo y Martínez, 2010: 4). Esto hace que tenga un carácter holístico al recoger el punto de vista interno que es el de los miembros de la población, como el punto de vista externo el cual es la interpretación del investigador (Murillo y Martínez, 2010: 6).

La investigación con esta opción requiere poco tiempo y puede ser desarrollado por un solo investigador.

Instrumentos de investigación.

1. Encuesta de la Escala de medición de la Empatía en Médicos (JSE) (Ver anexo 1).
2. Guion de entrevista conversacional (Ver anexo 2).
3. Diario de campo para la micro etnografía.

Población y muestra.

Para la aplicación del JSE y la entrevista conversacional.

Se realizó un tamizaje aplicando la JSE a una muestra poblacional entre estudiantes de medicina en Colombia y profesionales médicos, con 101 aplicaciones en total. Luego, se llevó a cabo una entrevista a una submuestra intencionada de 15 personas: 5 estudiantes de 8°- 12° semestre de medicina de diferentes facultades, 4 médicos generales y 6 médicos especialistas.

Los individuos seleccionados para ser parte de la submuestra fueron seleccionados de manera intencionada cumpliendo con la condición de estar entre 8° y 12° semestre, ser médico general o especialista, y por la facilidad a ser contactados.

Para la micro etnografía.

Se efectuó en el consultorio de un médico pediatra con quien ya se había tenido una conversación previa explicando los objetivos de la investigación, el cual, el día de la observación hizo contacto con un médico neurólogo para que accediera también de manera voluntaria a la observación no participante dentro de su consultorio médico. Ambas observaciones se realizaron en una unidad de consultas privadas de una Clínica reconocida de Bogotá.

Fuente de información.

La información se recolectó de fuentes primarias: los entrevistados y encuestados, y la obtenida en el trabajo de campo con la observación no participante en la consulta privada con ambos médicos.

Ruta metodológica.

Actividades administrativas e investigativas.

El tiempo empleado para las actividades expuestas se dio en un plazo entre el 21 de noviembre de 2015 y febrero de 2018, entre trámites y permisos administrativos e institucionales, el contacto y reunión con los participantes, sistematización y análisis de los datos y la escritura final del texto, como se detalla en la figura 4:

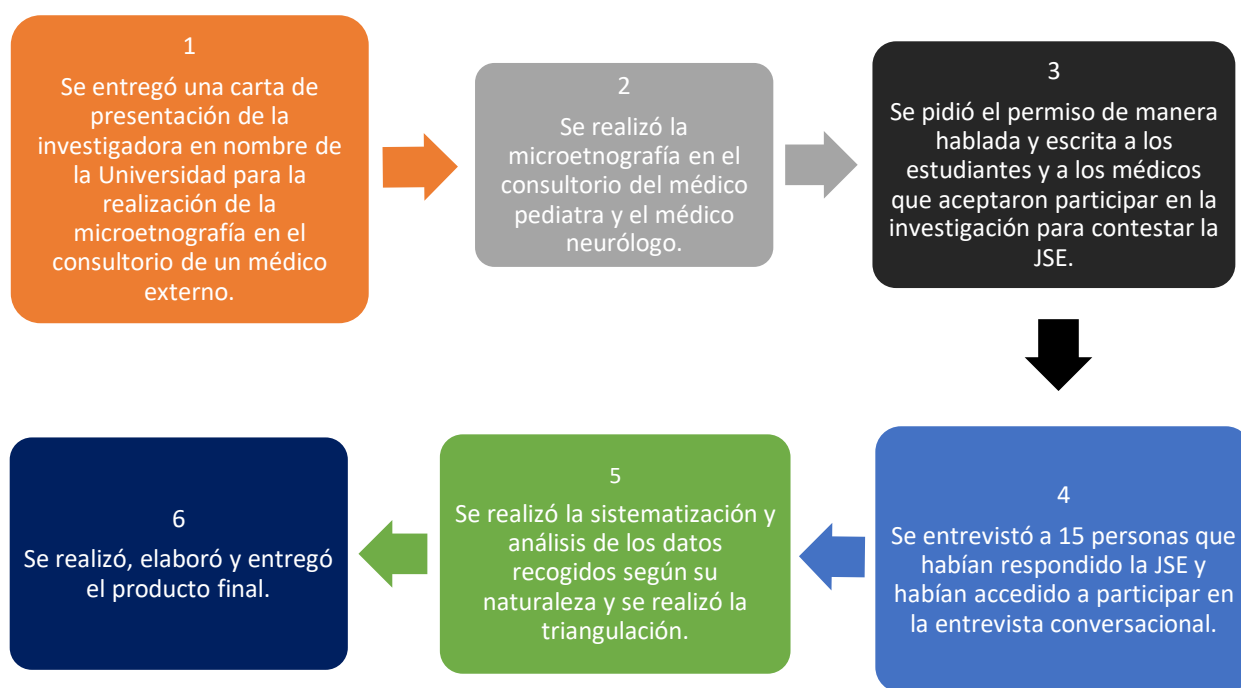


Figura 4. Ruta metodológica de la investigación. Tomado de la autora.

Aspectos éticos.

Los aspectos éticos para esta investigación se reúnen en los siguientes:

- Se explicó de manera clara a los participantes que la información recogida con el instrumento JSE y las dos técnicas –entrevista y micro etnografía- fueron con fines netamente científicos.
- Se dio manejo a la información de manera anónima, y se hizo firmar un consentimiento informado a los entrevistados (Ver la plantilla en el anexo 3).
- Se entregó una carta de presentación para realizar la micro etnografía y una de agradecimiento a las instituciones en donde se realizaron las encuestas.
- Se realizó la interacción con los participantes en todos los espacios de la manera más respetuosa posible, respetando pensamientos, percepciones y expresiones diferentes a los de la investigadora, y se cumplió con los acuerdos de convivencia cívicos intrínsecos en la interacción social.
- Se guardó el secreto profesional de cualquier prescripción o acto que realizó la investigadora en cumplimiento de sus tareas específicas, así como de los datos obtenidos o hechos realizados en razón de su actividad profesional. (“ley 1090: ley del psicólogo” del 2006).
- Se compartirán los resultados de la investigación con los personajes entrevistados y las instituciones educativas implicadas.

Capítulo II: Análisis y Discusión de Resultados

Este capítulo está centrado en analizar de manera detallada los resultados obtenidos de cada una de las técnicas utilizadas y discutirlos de manera puntual. Consta de tres partes: la primera muestra los resultados cuantitativos de la JSE, la segunda expone la micro etnografía con el pediatra y el neurólogo, teniendo en cuenta que se transita a un lenguaje en primera persona que incluye descripciones y puntos de vista personales de la investigadora, lo cual hace parte de la técnica etnográfica, y la tercera se retoma el lenguaje en tercera persona para presentar los resultados cualitativos vinculando la micro etnografía y las entrevistas, haciendo al final una discusión integrada de lo obtenido.

Descripción de la muestra

Esta descripción hace alusión a los participantes de la encuesta JSE y las entrevistas, cuyos resultados se muestran en las partes uno y tres de este capítulo. Se realizaron 101 encuestas, donde hubo una cantidad similar de hombres y mujeres en los tres grupos de nivel de formación; se encontró que la especialidad más frecuente fue Medicina Familiar. La submuestra elegida por conveniencia para las entrevistas fue de 15 médicos; 10 de ellos eran hombres y 5 eran mujeres. La mayor cantidad de entrevistados fueron los especialistas (6 médicos), contando cada uno con especialidades diferentes, como se puede ver en la Tabla 1.

Tabla 1

Variables descriptivas, muestra de la encuesta JSE y submuestra entrevista

Variables		n encuesta JSE	n entrevista
Sexo	Hombres	48	10
	Mujeres	53	5
Nivel formación			
Médicos en formación (8vo semestre - Internado)		44	5
Médicos Generales		29	4
Médicos Especialistas		28	6
Especialidad			
Anestesiología		1	-
Cirugía General		1	1
Dermatología		1	1
Ginecología		1	1
Internista/Endocrinología		1	1
Medicina Familiar		14	-
Medicina Interna		1	-
Nefropatología		1	-
Neurocirugía		1	-
Neurología		1	1
Ortopedia		1	-
Pediatría		2	1
Urología		1	-

Nota: La edad promedio de la muestra (n=101) es de 30,7 y la desviación estándar es de 10,6

Parte 1: Análisis de Resultados Cuantitativos

Para los datos cuantitativos recogidos por medio de la Escala de medición de la Empatía de Jefferson (JSE) con $n = 101$, se realizó un proceso de estadística descriptiva usando los programas Excel 2013 y SPSS en su versión 23. El análisis se centró en el cruce de variables de categoría a categoría para visualizar las asociaciones entre estas. Además del puntaje global de empatía, se agruparon los ítems en tres categorías: (a) Toma de perspectiva (ítems 2, 4, 5, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 20); (b) Cuidado con compasión (ítems 1, 7, 8, 11, 12, 14, 19); y (c) Pararse en los zapatos del paciente (ítems 3, 6, 18)⁷. De esta manera, se sacó el promedio y la desviación estándar del puntaje de empatía global, y de cada categoría haciendo una prueba de normalidad para cada uno de estos, como se puede ver en las figuras 5, 6, 7 y 8, respectivamente.

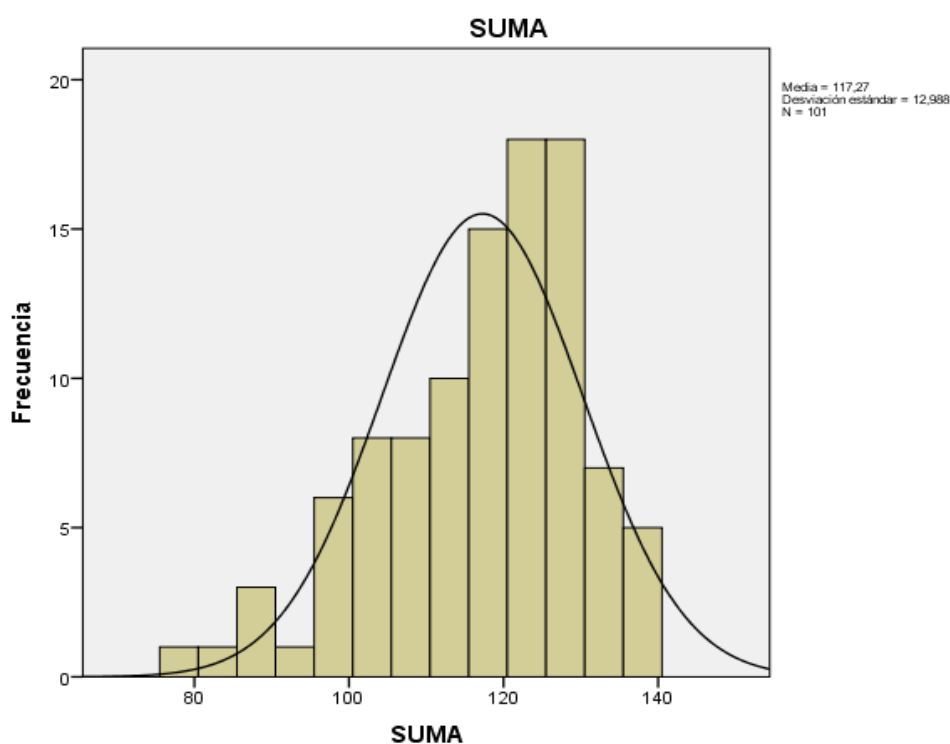


Figura 5. Prueba gráfica de normalidad para el puntaje total de empatía.

⁷ La distribución de los ítems fue tomada de la tabla 3 del artículo de Díaz, Salas, Bracho, Ocaranza (2015), que se usó como referencia en esta investigación.

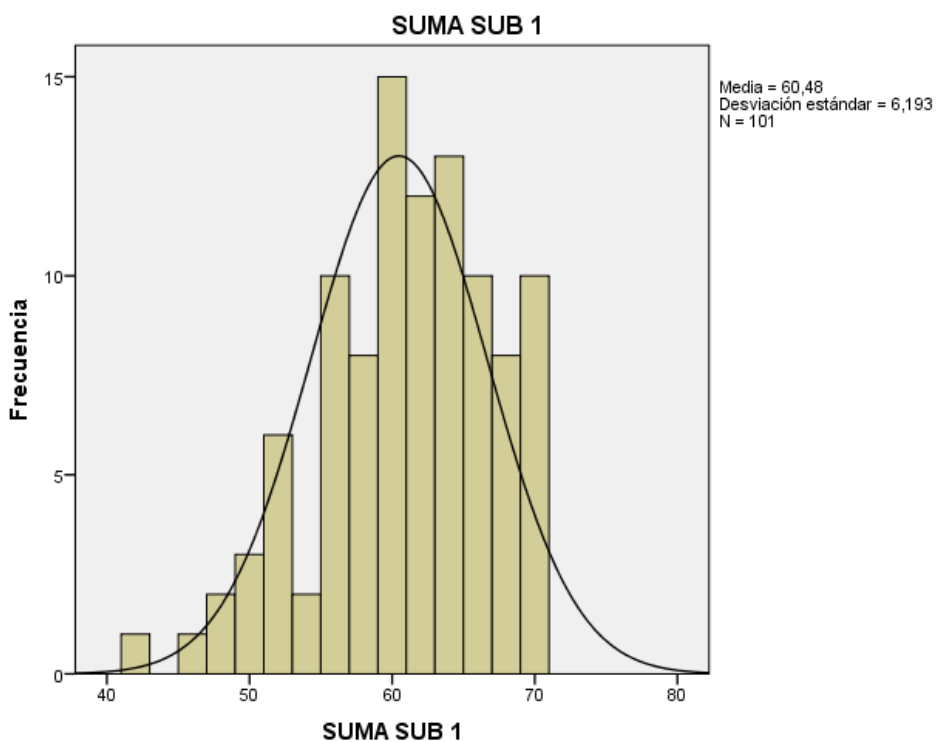


Figura 6. Prueba gráfica de normalidad para el puntaje de Toma de Perspectiva.

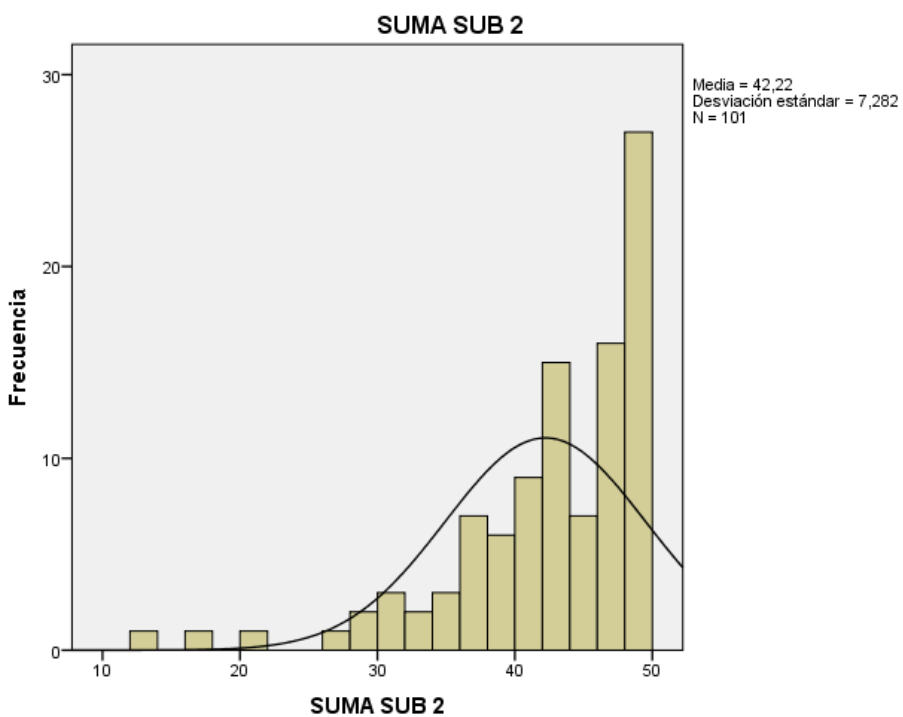


Figura 7. Prueba gráfica de normalidad para el puntaje de Cuidado con Compasión.

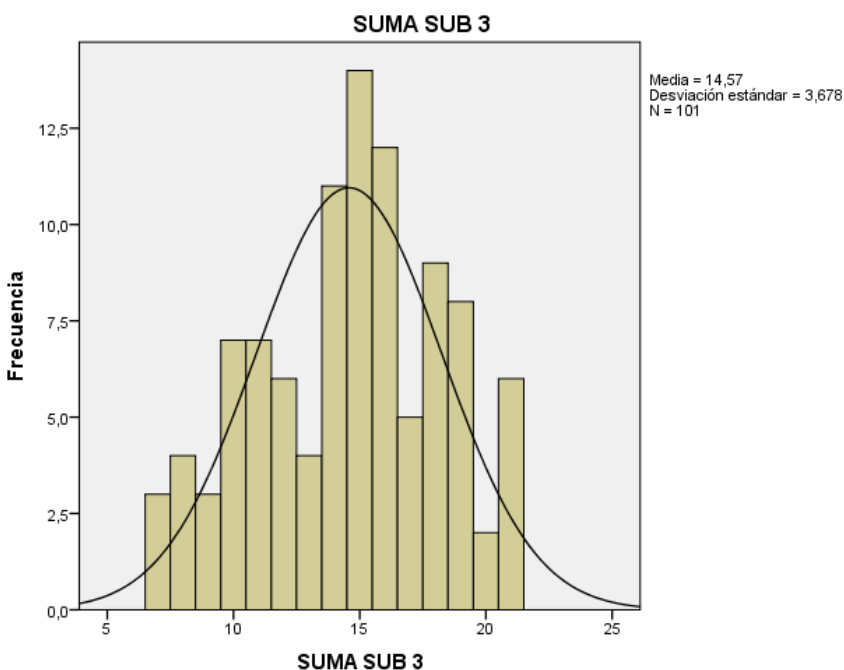


Figura 8. Prueba gráfica de normalidad para el puntaje de Pararse en los Zapatos del Paciente.

Como se evidencia en las figuras anteriores, los resultados de la escala global y las dimensiones de empatía no se distribuyeron de manera normal sino de manera asimétrica, y se encontraron algunos valores elevados con respecto a la curva normal de referencia. Esto no significa la existencia de sesgo en los datos; además, es usual estas distribuciones en estudios con n menores a 500.

Para estos resultados se realizaron pruebas paramétricas (Chi-cuadrado) por su uso para explorar el panorama general de las variables específicas, y pruebas no paramétricas (Kruskal-Wallis y Mann Whitney) con el fin de observar las relaciones entre estas variables.

En la Tabla 2 se puede observar que tanto en hombres como mujeres hay un mayor porcentaje de rango neutro de empatía, mostrando más neutralidad empática las mujeres (81%) que los hombres (54%). Sumado a esto, del total de hombres un 29% de ellos mostraron un rango

bajo de empatía, a comparación del 11% de las mujeres con un rango bajo de empatía; esto quiere decir que sí se encontró asociación entre la variable sexo y la variable rango de empatía donde los hombres de la muestra son menos empáticos que las mujeres, aunque el mayor porcentaje en ambos sexos está en el rango neutro de empatía.

Es importante resaltar que no se enfatiza en las diferencias entre los sexos ya que no se quiere perder de vista el foco de lo hallado, esto es, una mayoría en un rango de empatía neutro sin importar el sexo, y evitar reforzar una dicotomía sexual que se ha formado en otras investigaciones sobre la empatía donde se señala que la mujer tiende a ser más empática que el hombre (Alcorta et al., 2005; Jagua y Urrego, 2011; Konrath, O'Brien, Hsing, 2010; Hojat et al. 2009). Ese rango neutro de la empatía comprende una gran cantidad de diferentes factores que conllevan a entender la experiencia empática en los médicos de una manera más contextualizada independientemente del sexo como se analizará más adelante.

Se puede corroborar con el valor arrojado por el test Chi-cuadrado en la Tabla 3, donde se muestra que el valor p (significación asintótica) es del 1,4% (,014), lo cual rechaza la hipótesis de que no hay diferencias entre el sexo y el rango de empatía de los médicos (es decir, sí hay asociación entre sexo y rango de empatía), a un nivel de significancia del 5%.

Tabla 2

Tabla Cruzada entre sexo y rango de empatía

		Tabla cruzada			
Recuento		Rango empatía			
		0 Rango alto	1 Rango bajo	2 Neutro	Total
Valor Sexo	Mujer	6	4	43	53
	Hombre	14	8	26	48
Total		20	12	69	101

Tabla 3
Prueba de Chi-Cuadrado cruce sexo y rango empatía

Pruebas de chi-cuadrado			Significación asintótica (bilateral)
	Valor	gl	
Chi-cuadrado de Pearson	8,495 ^a	2	,014
Razón de verosimilitud	8,635	2	,013
Asociación lineal por lineal	7,754	1	,005
N de casos válidos	101		

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,70.

Nota: En las pruebas de chi-cuadrado es estadísticamente significativo cuando el valor *p* (significación asintótica) es igual o menor que 0,05 o 5%.

Es posible que el rango de empatía no haya salido alto ya que todos los participantes habían pasado el tercer año de estudio (5to y 6to semestre), y, según concluye Hojat et al. (2009) hay una declinación significativa de la empatía durante el tercer año de estudio de medicina. Sus resultados toman relevancia ya que utilizaron la JSE en cinco ocasiones en un diseño longitudinal con 456 estudiantes entre 2002 y 2008, donde se marca un descenso notable entre el puntaje de empatía del segundo al tercer año.

Precisamente es a partir de 5to semestre que en varias facultades de formación médica se empiezan a hacer prácticas teniendo contacto con los pacientes, lo que hace factible que en ese lapso de tiempo de dos semestres se empiece a formar esa ‘empatía neutra’ que apareció en la mayoría de los participantes en esta investigación, y que posiblemente en esta al no haberse tomado estudiantes menores a 8vo semestre no se evidenció un rango de empatía alto. Estos resultados pueden ser muy sugestivos en la interpretación de la *empatía neutra* como el

desarrollo de un mecanismo de defensa, seguramente adaptativo al entrar en contacto con el dolor y sufrimiento humano de los pacientes.

El cruce entre la variable Edad y el rango de empatía y las sub escalas (Sub1, Sub2 y Sub3) no fue estadísticamente significativo en la correlación de Pearson ya que los valores fueron mayores al 0,05 del *valor p* confirmando la hipótesis nula de esta prueba que dicta que cuando no hay asociación entre las variables la correlación es 0; es decir, para los médicos de esta muestra la edad y el rango de empatía no tienen correlación, como se puede ver en la tabla 4 en el anexo 5.

Para la variable niveles de formación conformada por tres grupos: médicos en formación (8vo semestre - internado), médicos generales y médicos especialistas, se usó la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis, ya que es la más confiable cuando hay más de dos grupos dentro de una variable. Esta prueba parte de la hipótesis de que los grupos son iguales en su asociación con el rango de empatía, y para estos datos esta hipótesis no fue rechazada, por lo que los tres grupos de médicos mostraron la misma distribución con respecto al nivel de empatía, es decir, es independiente el nivel de formación con el rango de empatía. Esto se corrobora por el *valor p* (significación asintótica) que dio mayor a 0,05, el nivel de significancia fijado; como se observa en la Tabla 5.

Tabla 5
Prueba de Kruskal-Wallis

Prueba de Kruskal-Wallis				
Estadísticos de prueba ^{a,b}				
	Suma	Suma Sub1	Suma Sub2	Suma Sub3
Chi-cuadrado	1,707	2,016	,054	1,746
gl	2	2	2	2
Sig. asintótica	,426	,365	,973	,418
a. Prueba de Kruskal Wallis				
b. Variable de agrupación: Valores Nivel de Formación				

Nota: gl=grados de libertad; Sig. Asintótica=Valor *p*.

Finalmente, para la variable tipo de universidad se aplicó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney debido a que esta variable sólo cuenta con dos grupos (universidad pública o privada). Esta prueba, al igual que la anterior, parte de la hipótesis de que los grupos son iguales en su asociación con el rango de empatía. Para esta variable la hipótesis no contó con evidencia para ser rechazada, es decir que independientemente del tipo de universidad el nivel de empatía fue el mismo. Esto se corrobora por el *valor p* (significación asintótica) que dio mayor a 0,05, el nivel de significancia fijado; como se observa en la Tabla 6.

Tabla 6
Prueba U de Mann-Whitney

Prueba de Mann-Whitney				
Estadísticos de prueba ^a				
	Suma	Suma Sub1	Suma Sub2	Suma Sub3
U de Mann-Whitney	1196,000	1172,500	1167,500	1159,000
W de Wilcoxon	2471,000	2498,500	2442,500	2434,000
Z	-,537	-,698	-,736	-,791
Sig. asintótica (bilateral)	,591	,485	,462	,429
a. Variable de agrupación: Pública/Privada				

Cabe resaltar que no se empleó ninguna prueba para observar la asociación entre el rango de empatía y las especialidades dentro del grupo de médicos especialistas porque hay una distribución demasiado asimétrica entre estas al tener de manera general sólo una encuesta por cada especialidad, excepto Medicina Familiar con 14 encuestas; si se hubiese hecho algún tipo de prueba sí se estaría corriendo el riesgo de generar sesgo en la interpretación estadística.

Parte 2: Resultados Micro etnografía. Un ‘Mosquito’ en el Consultorio

(Lenguaje en primera persona)

“El médico tiene que tener una vestidura, una transformación, una metamorfosis”

(Médico A⁸, 21 de noviembre de 2015)

Día 21 de noviembre de 2015, ya son pasadas las 9:00 am. Llego a una unidad de consultas privadas de una clínica en Bogotá. Veo el edificio, es moderno, limpio, con una fachada de ladrillo, aunque me parece pequeño para ser una unidad de la clínica⁹.

Al entrar veo varias personas organizándose al costado izquierdo de la sala de atención, y a mi mano derecha veo a la vigilante, una mujer con un uniforme *pulcro*, para ser exactos. Le pregunto por el consultorio del Md. A, me sonríe y me dice “usted es la estudiante” con una voz cálida, le respondo afirmativamente y me dice las instrucciones para llegar al consultorio: “Segundo piso y voltea a mano izquierda”. Le agradezco y mientras sigo sus indicaciones pienso en su primera respuesta: “usted es la estudiante”, caigo en cuenta que el médico ya había avisado sobre mi venida, lo que me hizo subir con un sentido de *buena energía* al segundo piso.

Sentí el contraste entre ambos pisos, pues en el primero había evidente actividad por la cantidad de personas que allí se encontraban, a diferencia del segundo, donde reinaba una calma bastante pronunciada. El lugar está muy limpio, bien aseado y con olor a productos de limpieza. Cuando finalizo de subir las escaleras veo dos salas de espera, con su recepción y consultorios, una sola y la otra con pacientes sentados. Me anuncio en recepción con la enfermera. Ella me habla con decencia y amabilidad, y con una sonrisa en respuesta a la mía.

⁸ Como forma para garantizar el anonimato de los médicos utilizaré la abreviatura Md. para referirme a cada uno de ellos, siguiendo la secuencia alfabética por orden de aparición e interacción.

⁹ Ver anexo 4, fig. 9 y 10 para detallar los planos de los pisos de la unidad clínica donde se realizó la micro etnografía.

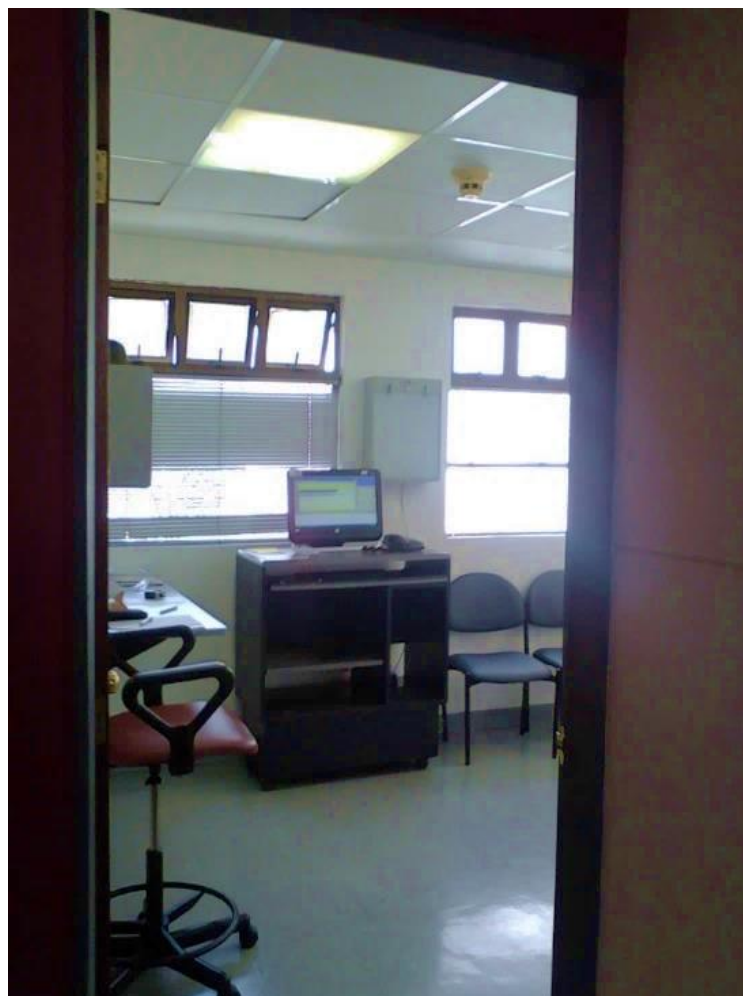
Al sentarme para esperar noto que las filas de las sillas están ubicadas de forma que el espaldar da contra las paredes del lugar y no una fila en frente de otra, como pasa en muchos hospitales y clínicas (figura 11); me hace pensar que puede ser un buen detalle que tal vez sirva para facilitar la convivencia entre los pacientes, pues nadie interfiere en la vista del otro en el espacio de la sala de espera y pueden ver cuando las enfermeras los llaman.



Figura 11. Fila de sillas en la sala de espera.

Los pacientes me miran con curiosidad, yo también los miro mientras me organizo y espero a que salga el médico pediatra de su consultorio en el que está atendiendo a un paciente. A los pocos minutos veo salir a un niño acompañado por sus padres y detrás de ellos al Md. A que los acompaña y se dirige a la recepción. Al despedirse veo en todos: niño, padres y médico, unas sonrisas amables. Cuando se terminan de despedir me dirijo al médico, nos saludamos con un apretón de manos y entramos a

su consultorio. Me da la bienvenida y deja que observe y recorra ese espacio.



Me agrada el orden y la limpieza en el que se encuentra, pero lo que más llama mi atención es la distribución del espacio, pues el computador no está en medio del consultorio, como es usual en los de otras instituciones donde este objeto hace las veces de separador entre *‘el lado del médico’* y *‘el lado de los pacientes’*; por el contrario, el computador está contra la pared y al lateral se encuentran las sillas de los pacientes, como se observa en la figura 12.

Figura 12. Entrada al consultorio, computador y sillas de pacientes.

El consultorio de por sí está distribuido de manera que las sillas, la camilla, el mueble en el que se ubica el computador, el archivador de pared y un escritorio, se ubiquen contra cada pared permitiendo un espacio bastante amplio en el centro para el movimiento sin barreras entre el médico y los pacientes (ver figura 13 y 14). El consultorio es esquinero y cuenta con buena

ventilación e iluminación, aunque es un poco frío, por lo que me pregunto cómo se sentiría el paciente en ese lugar.

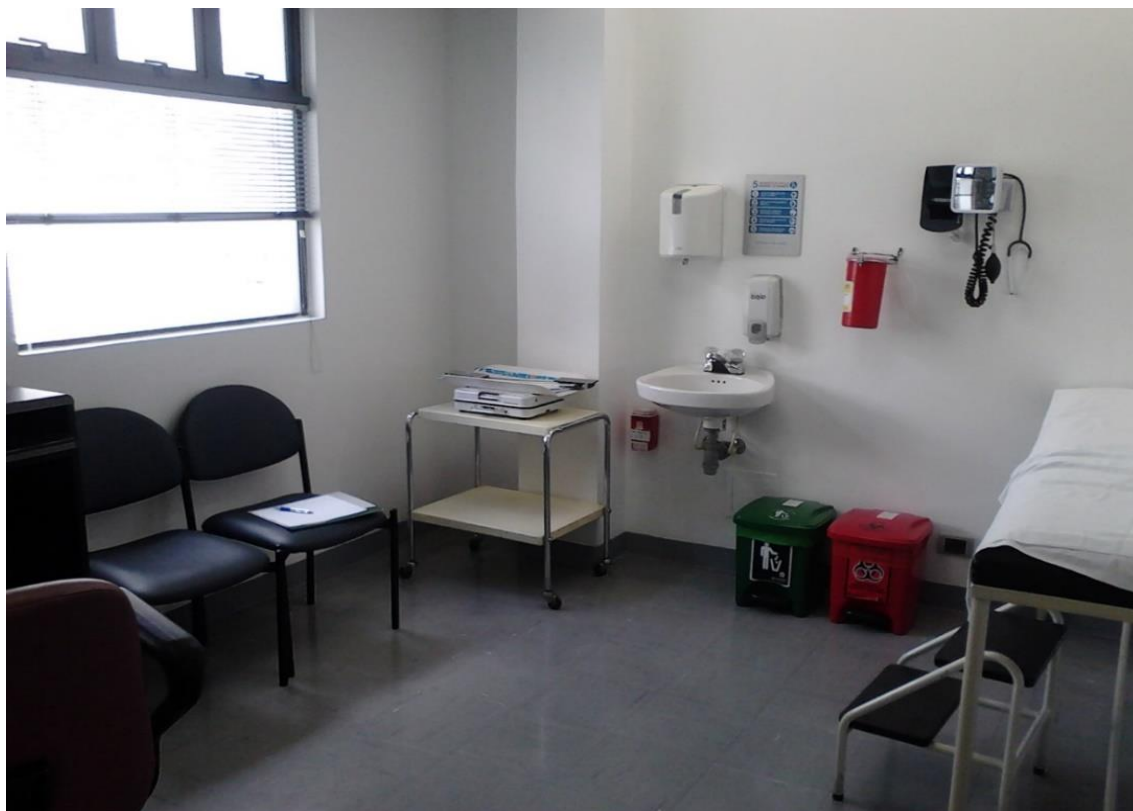


Figura 13. Distribución del espacio en el consultorio.

Me señala un estrecho cuarto dentro del consultorio y me dice que lo utilice para ubicar mis cosas y ponerme la bata que me solicitó para poder hacer la observación. Al verme con la bata puesta me siento rara, no es algo con lo que me veía en algún momento, pero al vernos con las batas tanto a él como a mí, cambia de repente el espacio para mí, siento que ya no me veo frente a los demás como una estudiante de una universidad quien sabe de qué carrera, sino que ahora me veo como una aprendiz de medicina, y eso me hace pensar que cambia el sentido de mi presencia en el consultorio para los demás, pues con la bata tal vez los pacientes y sus familiares pensarán

que también estoy realizando un diagnóstico o evaluación médica y esperarán una interacción con el médico o con ellos en términos de medicina.

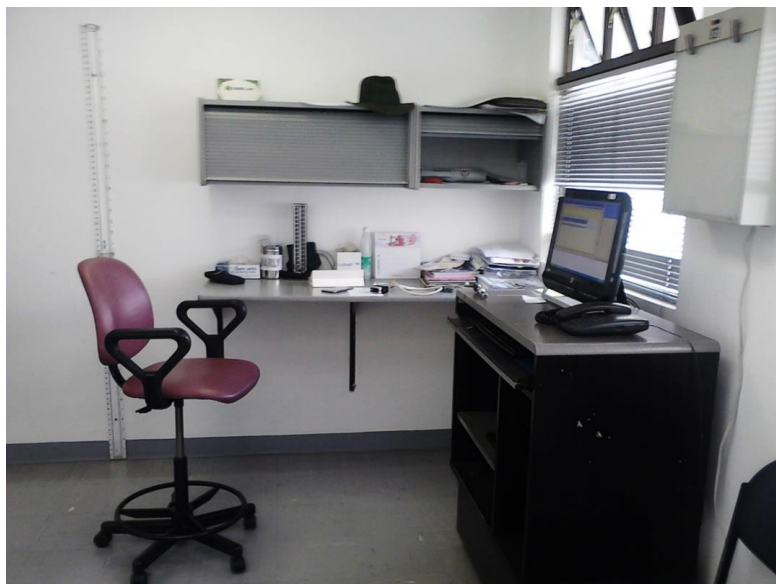


Figura 14. Área del computador.

Empezamos a hablar mientras esperábamos a su próximo paciente, contándome que ya había atendido a dos pacientes antes del que acabó de irse. Me describió la antropometría y las gráficas que manejan para ver si hay alguna enfermedad genética en general en los niños. Revisan si hay o no alguna enfermedad en los órganos

sexuales, manejando estándares que están en un libro que saca del archivador de pared (ver figura 15) y un artefacto que se llama Orquidómetro -me dice- y se utiliza para medir los testículos (ver figura 16).

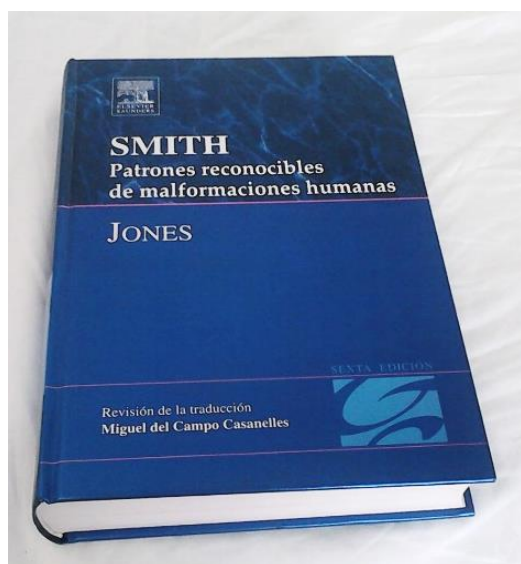


Figura 15. Libro con los estándares de medición de desarrollo sexual.



Figura 16. Orquidómetro.

Al ver el artefacto -nuevo para mí- lo observo y me quedo pensando en cómo se usaría pero no lo descifro, y sin tiempo para preguntarle el médico que me sigue hablando me afirma que el pediatra es un médico integral, un médico que no es remitido sino que “es el que manda el asunto”; lo relaciono casi que de inmediato con el uso de la bata, que tanto él como yo portamos, y el discurso de poder jerárquico del experto y el usuario, siendo aquel que lleva la bata el que tiene en conocimiento y el poder de decisión sobre el estado de salud por el que el paciente acude. Me dio curiosidad ver al Md. A atender a sus pacientes bajo esa lógica.

Sin preguntarle, me comenta que la bata es importante, que hay un médico en esa unidad que es algólogo –especialista que trata el dolor en los pacientes- que no usa bata porque cree que esta molesta al paciente, sin embargo enfatiza “el médico tiene que tener una vestidura, una transformación, una metamorfosis.” (Md. A, 21 de noviembre de 2015). Me dice que la consulta, la especialidad, el sexo y la edad son factores influyentes –supuse que en la relación médico-paciente- y para mis adentros me pregunto qué tanto influirían en la empatía que se genere en esa relación.

A los pocos minutos me comenta que ya llegaron pacientes, por lo que me sugiere que me ubique entre el escritorio y la puerta para que pueda observar todo; pienso en mi papel como observadora, como un “mosquito” que está en el consultorio observando la interacción, tratando de no hacer ruido, pero tomando atenta nota de ello.

Son las 10:15 am, el primer paciente es un niño de 12 años y 7 meses de edad. El médico abre la puerta y entra el niño y el padre; la madre se queda en la sala de espera. Luego de los saludos, el médico les pregunta por los motivos de la consulta y los medicamentos que está tomando el niño, diciendo el padre que es la mamá la que los sabe a lo que el médico bromea diciendo “toca preguntarle a la que siempre sabe todo: la mamá”, y le pide que la llame. Ella

entra, saluda al médico y responde los nombres de los medicamentos y la dosificación. Continúa la consulta con una serie de preguntas y respuestas. En esta dinámica, observo que posiblemente no habría más interacción si no se ha hecho una pregunta por parte del médico, además se hace claro que es el médico el que dirige el asunto como me lo había dicho al comienzo del encuentro. El médico varía entre ir escribiendo en el computador y mirar al niño y a sus padres.

Examina al niño quien se despoja tímidamente de su chaqueta y zapatos, mientras el médico le habla y le pregunta por su equipo favorito, entre otras cosas, esto lo hace posiblemente para relajar al niño y que no sienta tanta pena al desvestirse. Mientras él lo examina los padres conversan con él de manera cálida; muestran su confianza con su tono de voz, la manera como miran al médico y en su forma de hablar muestran seguridad e incluso cariño hacia él, además hablan del proceso de salud del hijo a través de lo que el médico ha conocido en las anteriores consultas, lo que denota que ya tienen una historia clínica juntos, y también que han decidido por alguna razón volver a ser atendidos por este.

Los padres mantienen su atención en él y los procedimientos que le realiza al hijo. El médico cuando tiene contacto con el niño es cercano y se voltea hacia los papás a darles el diagnóstico. Luego le pide a la mamá que se acerque y vea lo que el médico está observando: está midiendo sus genitales con el orquidómetro; el papá también se acerca y ambos están junto con el médico mirando al niño que está acostado en la camilla. El médico les explica las cinco etapas del desarrollo y les indica la etapa en la que se encuentra el niño, aludiendo que aún va a crecer más teniendo en cuenta las etapas faltantes en su crecimiento.

El niño se va vistiendo luego de una broma por parte del médico que hace reír a la familia y se sienta frente al computador para escribir; en eso hay un silencio en el consultorio, luego de unos minutos conversa con los papás mientras escribe. Se voltea con su silla para mirar a la familia y darles indicaciones de nutrición para el niño seguido de los medicamentos que le está recetando. Se mantiene sentado en diagonal para poder verlos alternando su mirada entre ellos y el computador.

Luego el papá le comenta al médico que el niño debía estar en clase ese día, por lo que le pide una excusa médica; cuando el médico accede el padre se levanta y le dice “*muy amable, muy gentil*”, mientras estrechan la mano y todos se ponen de pie, el médico los acompaña hasta la recepción y les entrega la receta médica, se despide y vuelve al consultorio. Son las 10:40 am.

El siguiente paciente es un niño de diez años y dos meses, son las 10:42 am y entran la mamá, el papá y el niño, el cual saluda al médico de abrazo y luego estrechando la mano al igual que el papá; me saludan y se sienta el padre y el niño en las sillas azules quedando la mamá de pie. A diferencia de la anterior consulta, y luego de preguntar sobre los motivos que tenían para esta, el médico le hace una aclaración al niño diciéndole que la mamá es la que se sienta y él es el que se queda parado, a lo que la madre se muestra halagada y él le dice al niño que *debe ser caballeroso*. El niño se pone de pie, deja que su madre se siente donde él estaba y se pasa a las piernas del padre.

El procedimiento con esta familia es similar a la anterior con preguntas y bromas para relajar al niño y poderlo examinar, seguido por una medición y la explicación del desarrollo sexual y la digitación de los medicamentos con la debida explicación sobre la dosis. Al finalizar los padres piden un certificado médico y él los acompaña fuera del consultorio para darles la fórmula y el certificado. Esta cita termina a las 11:00 am.

Cuando vuelve me dice el nombre de la siguiente paciente y sus datos: una niña de siete años y un mes que estudia en un colegio especial para niños ‘hiperactivos’. Se asoma a la puerta y la llama. Son las 11:04 am, entra la niña –parece tener cara de disgusto-, la abuela y el papá. El médico saluda a la niña y le pregunta que por qué está brava; ella no responde pero la abuelita sonríe.

El médico les pregunta por el motivo de la consulta. Al parecer la niña había llorado antes, o eso daba a entender sus ojos aguados. Para examinarla el médico le hace una broma pero ella no responde y tiene semblante disgustado y triste. Él le pregunta por sus actividades, ella responde desganada, y él se le acerca más y le revisa los oídos. Se hace más evidente ahora que la niña tiene miedo de lo que el médico le pueda hacer; el padre le llama la atención para que se deje examinar y la abuela se queda cerca a la niña y al médico mientras estela examina.

Logra que la niña se relaje al pedirle que camine por el espacio del consultorio en puntillas y en los talones, y luego que salte. El papá le dice en voz alta “*¿ve que no le chuzaron la cola?*”, ella sonríe tímidamente, y, escuchando lo que dijo el padre el médico le pide a la niña que doble la parte superior del cuerpo estando de pie y le da una pequeña patada en la cola en forma de broma, todos nos reímos incluyendo a la niña; luego la pesa y va al computador mientras la abuela la viste. Finalmente el médico pregunta, *¿alguna pregunta papá?*, él dice que no y terminan la consulta, son las 11:23 am; el médico los acompaña hasta el primer piso a reclamar la orden.

Esos fueron los pacientes del pediatra de ese día y en general observé que el médico tenía buena relación con las familias que atendía: lo abrazaban, le hablaban con tono cariñoso, mostraba bastante atención y comprensión a lo que cada miembro de la familia decía escuchando

y respondiendo coherentemente, y preguntaba a lo largo de la consulta que si tenían alguna pregunta.

Al volver el médico lo hace en compañía de otro médico y me dice: *“mira te presento a uno de los doctores más jóvenes de acá”*, nos damos la mano y nos presentamos, él es el Md. B, neurólogo. Le comento sobre mi proyecto al Md. B por petición del Md. A y me pregunta *“¿eso es todo?, ¿ver la consulta y ya?”*, le respondo que sí y me dice: *“listo, vamos, de una”*. Aunque me confunde un poco me doy cuenta de que me está haciendo una invitación a que haga la observación en su consultorio. Así que cojo rápido mis cosas, me despido del Md. A y sigo al Md. B al otro lado del segundo piso, en los consultorios que estaban solos cuando subí al comienzo de la mañana.

Me sorprende lo llena que está la sala de espera ahora, y veo que todos son adultos. Entramos al consultorio y me ubico entre la puerta y el escritorio que estaba debajo del archivador de pared como lo hice en el consultorio del Md. A.

Me comenta el Md. B que apenas va a empezar las consultas de ese día. Al ver el consultorio me pregunto « ¿Este acaso no es el consultorio de pediatría? », viendo la decoración del consultorio (ver figuras 17, 18 y 19); él me cuenta que los consultorios los rotan y que hoy le tocó en el de pediatría, respondiendo a mi pregunta mental.



Figura 17. Vista desde el interior del consultorio 2.

Son las 11:43 am y llama a su primera paciente. Una mujer de 37 años. La saluda con un apretón de manos, toman asiento y le dice que yo soy psicóloga, veo que eso la asusta y se pone nerviosa, comentando “¿entonces voy a ser el conejillo de indias?”, yo le digo que no, que voy a ser una observación al médico, y él le dice de inmediato con voz un poco burlona “no, el conejillo voy a ser yo”, ella se tranquiliza un poco pero sigo viéndola inquieta; yo le digo con tono también un poco burlón “sí, en realidad el conejillo va a ser él”, para romper también un poco la tensión que sentí que se estaba generando, aunque para mis adentros me incomodó un poco su idea de que me viera como la psicóloga tradicional experimental aunque recuerdo que tengo la ‘bata blanca’ que refuerza esa idea.



Figura 18. Espacio en el consultorio 2.

Llama por su nombre a la mujer para empezar seguido por un *¿cómo vamos?*, ella responde y él mirando el computador empieza a leerle los acontecimientos en su salud que aparecen en su historia clínica en orden cronológico, ella va asintiendo. Alterna su mirada entre lo que lee en el computador y mirarla a ella. Le pregunta por los medicamentos que está tomando y anota en el computador las respuestas sobre la evolución de los síntomas y otros procedimientos que ella se ha realizado antes de consultarlo a él.

Él tiene un trato un poco distante pero mantiene el contacto visual y verbal –no la tutea-, y le hace comentarios graciosos sonriendo, ella siente confianza para reír mientras le toman los signos y responde a las preguntas y comentarios que le hace el médico. Él va alistando un medicamento líquido en una jeringa y un algodón con alcohol sin dejar de preguntarle sobre sus estudios en la universidad; veo que él mantiene a la paciente en una conversación posiblemente para mantenerla relajada.

Pone una silla en medio del consultorio con el espaldar en dirección hacia él, al sentarse ella queda dándole la espalda. Él se acerca en la silla roja y empieza a palpar por la base de la cabeza de la mujer para poderla inyectar. Va tocando con cuidado cada zona, inyecta y limpia con el algodón después de sacar la jeringa; cuando ella se queja de dolor él mantiene una expresión seria en su rostro pero con su voz manifiesta comprensión diciendo “*ya, ya, ya*”. Al instante va y bota los elementos que usó y se va de nuevo al computador con la silla roja, dejando a la mujer sentada mientras se recupera del dolor y le dice las recomendaciones para su cuidado médico.

El lugar se queda en silencio, y sólo se escucha el teclado del computador; a los 5 minutos le pregunta si tiene dolor sin mirarla, ella responde que sí y él le pregunta que cuándo la vuelve a ver, todavía sin mirarla, ella se pone en pie y se va alistando para salir mientras le contesta.

Finalmente, a las 12:04 pm, él la acompaña hasta la recepción para darle indicaciones a la enfermera sobre los medicamentos de la paciente, firma la receta médica y se despide con un apretón de manos y vuelve al consultorio.

Mira la pantalla, va hasta la puerta y llama al próximo paciente. Veo la hora: 12:04 pm; me sorprende que en menos de un minuto el médico haya acompañado a la anterior paciente y ya esté entrando en otra consulta, pues el pediatra se demoraba varios minutos entre un paciente y otro.

Su siguiente paciente es un hombre de 63 años, a quién después de actualizar su historia clínica le pregunta por su seguro médico y le explica la fórmula que le manda asegurándose de que comprenda los cambios fisiológicos que tendrá a futuro y le responde las preguntas que este le hace, mirándolo y explicándole con un tono de voz agradable pero distante.

A las 12:16 pm atiende a una mujer de 41 años que había sufrido un accidente de tránsito. Indaga sobre los dictámenes, y, además de las fórmulas él le da un diagnóstico a petición de ella para presentarlo en la fiscalía. Él hace el procedimiento para inyectarla, y luego de que pasa el dolor la alienta en su recuperación a largo plazo y termina la consulta. A las 12:33 pm llama al siguiente paciente: otro hombre de 63 años; este le comenta que tiene nuevos síntomas desde que murió su hermano, el Md. B lo mira y le pregunta con voz tranquila y firme por la fecha en que ocurrió el fallecimiento y los síntomas desde esa fecha; me llama la atención que no le dio el pésame y me pregunto cómo percibiría el paciente al médico en este momento, ¿habrá sentido empatía por parte de él? Finaliza la consulta luego de la toma de los signos y de peso a petición del paciente y la lectura de los exámenes que este le llevó.

A las 12:48 pm entra su última paciente, una mujer de 62 años que le comenta que suspendió el medicamento, a lo que él le pide amablemente que recuerde cuando, pero ella tiene

dificultad para recordar la fecha. Me doy cuenta que el médico es más paciente con ella que con los anteriores pacientes y la mira por más tiempo por lo que ella tuvo que tomarse un tiempo para recordar; me hace pensar que tal vez su paciencia se debe a que la relaciona con una figura materna. Le toma los signos vitales en la camilla y luego procede a inyectarla. Mientras se recupera él escribe la fórmula, se asegura que ella esté bien y le explica los nuevos cambios en el medicamento para terminar con la consulta.

Al finalizar las consultas, el Md. B acompaña a cada paciente hasta la recepción, firma su fórmula médica y se despide con un apretón de manos, y, dado el caso, explica la dosificación al acompañante del paciente que estaba en la sala de espera.

Me parece curioso que aunque este médico es joven tiene una seguridad en la consulta que le da tranquilidad y confianza para tratar a los pacientes, y veo que ellos lo perciben porque al parecer varios son pacientes antiguos de él, lo cual indicaría, posiblemente, que les agrada el tipo de consulta que tiene este médico, lo suficiente como para volver y mantener un tratamiento con él.

Noto que este consultorio no cuenta con tan buena iluminación, por lo menos no tanto como el otro, y da la sensación de ser más frío, cosa que me hace pensar que posiblemente puede influir en la relación con el paciente ya que el Md. B como neurólogo realiza en ese consultorio procedimientos que comprometen dolor físico, y si está en un medio que da la sensación de ser frío y con poca iluminación podría predisponer al paciente hacia un trato tal vez distante con el médico al igual que con el tratamiento, y que puede incluso elevar los niveles de dolor.

El Md. B me dice que esos fueron todos los pacientes, que si me había servido y que cómo me pareció. Yo miro la hora: 1:08 pm, y le contesto que me sirvió mucho, le doy las gracias, empiezo a guardar mis cosas y nos despedimos con un apretón de manos.



Figura 19. Camilla y decoración en el consultorio 2.

Salgo del consultorio y veo que está solo, que sólo estamos dos enfermeras, el médico y yo. El lugar se ve más frío y más iluminado. Es la 1:13 pm, me despido y bajo por las escaleras, me sorprende que también el primer piso está solo y salgo agradeciendo la experiencia de observación que tuve.

En general, noté que todos los pacientes ya habían tenido consultas con estos médicos previamente, es decir que volvieron con el mismo médico siendo una posible señal de su confianza en ellos. Noté también que la interacción entre los médicos con sus pacientes sí está marcada por su especialidad y por las edades de sus pacientes. El pediatra tiene un campo más abierto para ser gracioso con el niño y sus familiares, mientras que el neurólogo debe mantener una relación más seria y controlada para las intervenciones; además, el pediatra no sólo interactúa con el niño, sino con sus padres y familiares que también acuden y participan en la consulta, mientras que los pacientes del neurólogo entran a la consulta solos, por ser adultos en su mayoría vienen sin compañía o los acompañantes se quedan fuera del consultorio, haciendo que la interacción en neurología sea casi que exclusivamente entre el médico y el paciente durante la consulta.

Así mismo, antes de ir, pensé que los consultorios iban a ser similares a los de otras instituciones, con los escritorios en medio, y que los médicos especialistas tenían todos tiempos estándar para atender a sus pacientes, pero en cambio vi que los consultorios estaban distribuidos de manera que el escritorio no dividiera el espacio en dos sino que facilitara la interacción médico-paciente en el centro. En cuanto al tiempo, el pediatra empleó entre 18 y 25 minutos con cada niño o niña y sus familiares, y el neurólogo entre 11 y 21 minutos con cada paciente, lo que representó para mí una sorpresa por las dinámicas que el tiempo y la especialidad permiten crear, pues el pediatra atendió en mi tiempo de observación a tres pacientes destinando casi media hora en cada uno y manejó el tiempo para hacer bromas mientras hacía el diagnóstico, interactuar con los padres y generar un ambiente cercano para el niño, mientras que el neurólogo atendió a cinco pacientes y se centró en el historial, los procedimientos y la evolución; como detallo en la tabla 7:

Tabla 7
Tiempos empleados por especialista en cada consulta

Especialista	Tiempo de cada consulta	Tiempo total	Pacientes atendidos
Médico Pediatra	10:15am – 10:40am 25 minutos 10:42am – 11:00am 18 minutos 11:04am – 11:23am 19 minutos	1 hora y 02 minutos	3 pacientes
Médico Neurólogo	11:43am – 12:04pm 21 minutos 12:04pm – 12:15pm 11 minutos 12:15pm – 12:32pm 17 minutos 12:33pm – 12:48pm 15 minutos 12:48pm – 01:08pm 20 minutos	1 hora y 24 minutos	5 pacientes

Nota: Aunque los tiempos totales sean aproximadamente similares hay que tener en cuenta la cantidad de pacientes que cada médico atendió y las dinámicas descritas en cada consulta.

Indudablemente no fui un “mosquito en la pared”, y eso permitió darme cuenta que el observar también es un acto activo en la interacción entre los médicos y los pacientes, puesto que una mirada influye en sentirse reconocido y presente para la otra persona. El haber sido testigo de estas interacciones incluye el conocer los procesos de salud que hacen parte de la esfera privada de los pacientes, generando posiblemente inquietudes sobre las percepciones de lo que vi y escuché de su salud; yo también me pregunté por las percepciones que estos tendrían de mí y sus hipótesis sobre mi presencia allí. Es decir, experimenté cómo la mirada permite establecer una relación bidireccional y de ahí su importancia para crear una conexión y una empatía como una apertura a entender lo que el paciente quiere y el médico decide para él.

Parte 3: Análisis de Resultados Cualitativos

(Se retoma el lenguaje en tercera persona)

Para los datos cualitativos recogidos por medio de las entrevistas y la micro etnografía se hizo un proceso de codificación por nodos de los puntos de análisis más importantes según los objetivos de la investigación, relacionando y contrastando lo obtenido en ambas técnicas cualitativas. Se graficó a través de mapas mentales las relaciones por nodos encontradas entre ambas, utilizando el programa NVivo en su versión número 11 para la codificación y el programa en línea GoConqr para hacer mapas mentales.

La información se organizó formando diez nodos generales con 45 nodos descendientes y un sub nodo descendiente. Se dio una definición clara para cada uno como se puede detallar en el anexo 6 con el fin de mostrar el diseño lógico que se creó para su análisis. Los nodos con mayor densidad de categoría fueron: Relación médico-paciente con 495 referencias -o codificaciones-, Subjetividad del médico con 238 y Empatía con 234 (Ver anexo 6 para tener clara la interpretación de cada uno).

Posteriormente se realizaron dos mapas mentales con el programa online GoConqr para mostrar los datos obtenidos clasificándolos en dos nodos nucleares: a) Empatía, y b) Agentes influyentes en la empatía en la relación médico-paciente. La primera hace referencia a la definición de empatía que cada participante entrevistado dio, y la segunda a aquellos aspectos como actos, situaciones, instituciones, etc., que señalaron como influyentes de alguna manera para que la empatía pueda ser construida o que por el contrario dificultan su construcción con los pacientes.

Cada nodo nuclear se identificó con el color fucsia y su nombre se ubicó en el centro del mapa, ramificándose a su alrededor las citas de los participantes sobre el respectivo nodo. Las palabras puntuales de los estudiantes de medicina se señalaron con color azul, las de los médicos generales con color morado y los especialistas con el color naranja, cada uno con la abreviatura ‘Est.’, ‘M.g.’ y ‘Esp.’ respectivamente, seguido por un número secuencial del 1-6 para cada participante en su grupo correspondiente (tener en cuenta el número de participantes en cada grupo descritos previamente en la tabla 2). Las ideas secundarias derivadas de un mismo participante se señalaron con un color más claro correspondiente a su grupo; por ejemplo, si la idea secundaria es de un estudiante -azul- se señaló con un azul más claro.

Se encontró que en el nodo nuclear a) Empatía (figura 20) hubo mayor acuerdo entre los participantes al definir la empatía como “ponerse en los zapatos del otro” (Est. 2, 3 y 5; M.g. 3; Esp. 3); mientras que en los desacuerdos -lo que no tienen en común- hubo mayor diversidad al definirla desde la primera impresión del médico al paciente (Est. 1), el tiempo de conocidos (M.g. 1), o lo que expresa con los gestos (Esp. 3), entre otros; como se puede observar con mayor detalle a continuación:

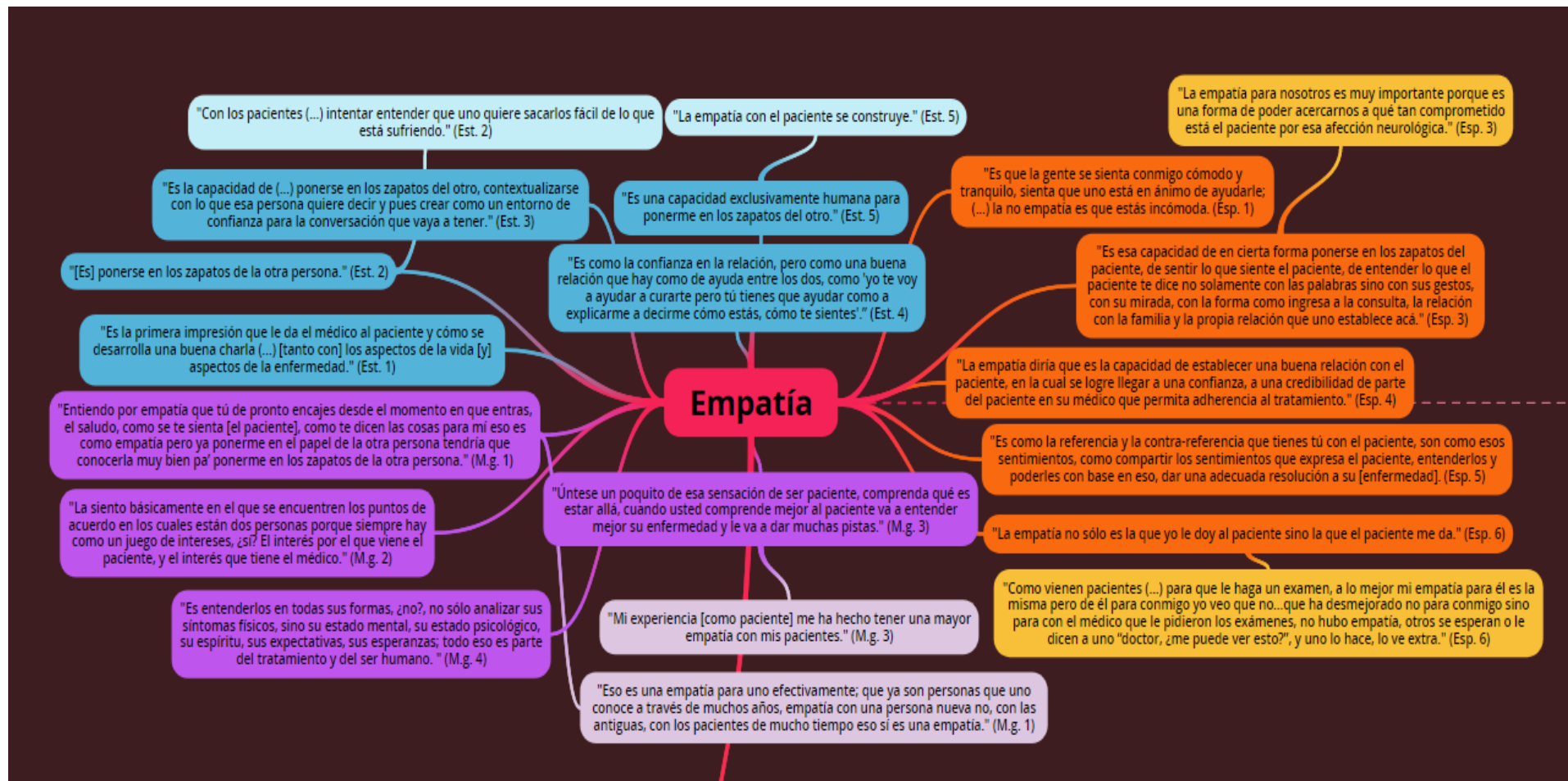


Figura 20. Mapa mental nodo nuclear a) Empatía.¹⁰

¹⁰ Al estar en formato digital se le recomienda al lector que realice un zoom desde la parte inferior derecha para ver con claridad los contenidos en esta figura y en las que se requiera.

Si bien el mayor acuerdo en los participantes (“ponerse en los zapatos del otro”) apunta a entender lo que está viviendo la otra persona, los demás acuerdos ya incorporan la empatía en un contexto clínico y le designan un significado para el acto médico. Por ejemplo, cuando dicen que la empatía es “entender lo que te dice el paciente” (Esp. 3, Esp. 5), y que “es una relación de ayuda” (Est. 2, Est. 4 y Esp. 1) expresan entonces un componente práctico de la empatía en su ejercicio con el paciente.

Bermejo (2001) plantea tres fases en los actos de empatía, la primera es la identificación con la persona y la situación del otro, la segunda es la conciencia o incorporación del estado de vulnerabilidad propio y el manejo del impacto que tiene sobre sí encontrarse con la vulnerabilidad ajena, y la tercera es la separación en donde se reestablece la distancia psicológica y emocional que en la primera fase se vio disminuida. Para los profesionales de la medicina esta tercera fase es de gran importancia sobre todo para emplear la *objetividad* que en el acto médico es requerido, como varios de los participantes lo expresaron.

Aunque no siempre en los encuentros empáticos se cumplen estas tres fases sí permite entender cómo la empatía es una experiencia mucho más cognitiva que sólo afectiva como lo es la simpatía, ya que en esta última “queriendo comprender a otra [persona] experimenta sus mismas emociones” (Stein, 1999: 68), en cambio la empatía busca captar los sentimientos ajenos “de la manera más justa posible a como son vividos” (Stein, 1999: 68), que en el campo médico permitiría conocer de una manera “más justa” el cuadro sintomático del paciente y así poderle dar un buen diagnóstico, sin necesidad de sentir lo que él está sintiendo y mantener una objetividad.

El nodo nuclear b) Agentes influyentes en la empatía en la relación médico-paciente, muestra lo que hay alrededor de la experiencia empática en esa relación. Este nodo tiene una mayor densidad que el anterior como se muestra panorámicamente a continuación en la figura 21, y de manera focalizada se muestran las citas de los participantes en el grupo de estudiantes (fig. 22), médicos generales (fig. 23) y los médicos especialistas (fig. 24) en el anexo 7.



¹¹ Ver en anexo 7 los mapas mentales focalizados de cada grupo (fig. 22, 23 y 24).

Se diseñó un gráfico a modo de síntesis de las nueve categorías que surgieron de este segundo nodo nuclear como se puede detallar a continuación en la figura 25. Se representó cada categoría en un conjunto que contiene sus elementos respectivos y los rectángulos son aspectos dentro del elemento al que está unido; la densidad de estas se graficó de manera asociativa por tamaño y por color, siendo el conjunto Sistema el de mayor tamaño por ser la categoría más nombrada por los participantes -14 de 15- convirtiéndose en el agente más influyente en la construcción de la empatía entre médicos y pacientes para estos médicos.

Los conjuntos que le siguen en densidad señalaron que se tiene una mayor facilidad para hacer empatía con unos pacientes que con otros; la empatía ayuda a hacer el diagnóstico adecuado, y, el involucramiento emocional en su experiencia con los pacientes. Estas tres categorías fueron citadas por ocho participantes cada una.

Los tres conjuntos subsecuentes contaron con una densidad de seis participantes cada uno, los cuales fueron: la formación en facultades de medicina, la explicación clara del médico al paciente y las condiciones individuales del médico para relacionarse con los demás. Los últimos dos conjuntos exponen como agentes influyentes el poder que tiene el médico en la relación para tener credibilidad ante el paciente con cuatro participantes que lo mencionaron, y el conjunto de mensajes mediáticos señalado por tres participantes.

Llama la atención que todos los agentes fueron ‘sacados a la luz’ por los tres grupos de entrevistados, de manera que no hay agentes influyentes –o conjuntos en la gráfica- que experimenten exclusivamente alguno de ellos; lo cual es congruente con no haber hallado asociación entre la variable nivel de formación y la variable rango de empatía en los resultados cuantitativos, puesto que se da a entender que sin importar el nivel de formación están conviviendo en contextos similares y posiblemente esa sea una de las razones por la que comparten mayoritariamente un rango de empatía neutro (tabla 2); es decir, el que tengan una empatía neutra no se da por el nivel de formación en el que se encuentran sino que es posible que sea por los múltiples agentes que comparten como influyentes en la empatía en sus contextos.

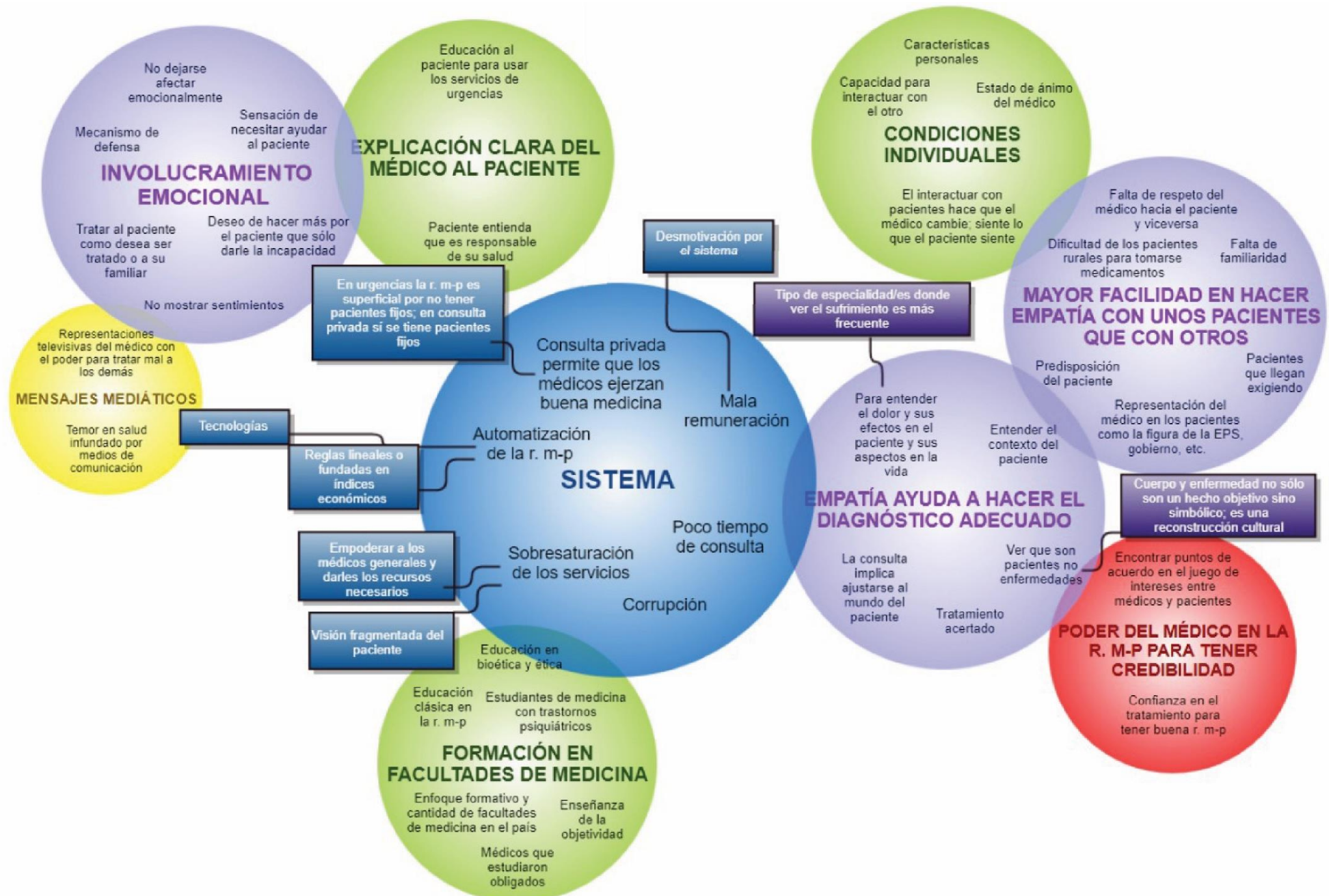


Figura 25. Agentes influyentes en la empatía en la relación médico-paciente (nodo nuclear b)

Sin embargo, retomando el resultado de que hay una declinación significativa de la empatía durante el tercer año de estudio de medicina (Hojat et al., 2009) y, teniendo en cuenta lo conversado con los participantes en esta investigación, la *neutralidad* en su contacto con el paciente podría ser una estrategia para hacer frente a los impactos emocionales que tienen con los primeros pacientes o la primera pérdida de uno y el mantener una objetividad profesional. “Al comienzo sí uno se ponía mal, se ponía triste pero ya después ya uno desafortunadamente como que coge cayo, porque toca.” (Estudiante 2, 2016: 5).

La declinación expondría entonces un choque entre el entusiasmo primero al empezar la carrera y el contacto emocional con la vivencia compleja de la enfermedad que experimentan los pacientes en sus diferentes contextos. De hecho, también podría indicar que el tercer año vendría a ser el momento en el que los médicos empezarían a sentir varios de los agentes expuestos en la figura 25.

Aunque el sistema sea el agente más percibido como influyente en su relación con los pacientes, todos los demás también están presentes y conjugándose de manera simultánea en el espacio de la atención médica. Pero es entendible que su queja más frecuente desde el cambio en el sistema (de CAJANAL¹² y el ICSS¹³ desde 1945 a la Ley 100 de 1993) sean los tiempos de la consulta -ahora regulados-, ya que perciben que estos acortan la posibilidad de construir una buena relación con el paciente y aún más la de poder construir una empatía con ellos:

“el médico general en una consulta en una EPS, sea en el sistema contributivo o subsidiado, tiene 15 minutos por paciente, es decir, de las 8 horas que trabaja tiene que ver 32 pacientes; es decir, en 15 minutos ¿cómo hace un individuo para presentarse, saludar, saber qué le pasa a la persona, hacer una historia de

¹² Caja Nacional de Previsión.

¹³ Instituto Colombiano de los Seguros Sociales (ICSS), hoy Instituto de Seguros Sociales (ISS).

la enfermedad, hacer un examen físico, formular el tratamiento y explicarle al paciente? O sea, en 15 minutos un desconocido sigue siendo un desconocido, no hay la cercanía tal para que tú entiendas cuál es el verdadero problema que tiene.” (Estudiante 5, 2017: 2-3)

Efectivamente, los médicos entrevistados expresaron que quisieran un cambio en el sistema para poder ejercer una *adecuada medicina* donde los pilares son la relación con el paciente y no los indicadores económicos (Especialista 5, 2016: 2), pero esto no les quita que en su relación pueda surgir una empatía y darles una buena atención:

“tal vez el peso que yo siento con mi sistema me lo guardo, y yo soy una persona de muy mal genio, y entonces voy y peleo en (...) la EPS “¿Por qué me hacen eso? ¿Por qué no me autorizaron ese examen? Tal, tal, tal”, pero yo con el paciente no me desquito.” (Médica general 3, 2016: 6)

Esto aludiría a las condiciones individuales de los médicos para crear un espacio en el que el sistema no permee la relación de contacto humano y entonces se genere una dinámica de atención basada en los procesos de salud y el manejo del dolor en cualquiera de sus dimensiones dentro de un ejercicio profesional objetivo dirigido a un diagnóstico adecuado y a la satisfacción de una buena atención desde el médico hacia el paciente.

Empatía Médica.

Considerando entonces todo lo anterior expuesto y lo encontrado en la magnitud de los datos obtenidos surge una propuesta conceptual en la que se entiende que la empatía de los médicos en la relación con sus pacientes sería una especie de disociación afectiva o *neutralidad* para mantener su objetividad y cumplir su obligación profesional, y a la vez, un fenómeno contextualizado donde

su emergencia se daría en un contacto único con cada paciente en singular en un interjuego de agentes que actúan en una relación.

La empatía médica supone entonces un actuar donde conscientemente, y posteriormente de manera automática, se genera una detención del contagio emocional para poder actuar en correspondencia a los requerimientos del estado de salud del paciente y no dejarse ‘contagiar’ por su estado emocional y evitar nublar su capacidad de diagnóstico.

Se podría suponer que el fenómeno que sucede en el tercer año de estudio de medicina es la transformación de una empatía construida y aprendida socialmente en contextos no clínicos y no profesionales sino de comprender a *un otro* con el que no se tiene obligación legal sino moral, es decir, una empatía que se aprende desde la infancia en contextos familiares y sociales como deber moral para ponerse en los “zapatos del otro”, entender sus estados emocionales y poderle brindar una ayuda dentro de las capacidades personales que se tienen en su momento. Pero al iniciar la carrera de medicina se orienta la disposición de ayuda y el entender los estados emocionales de las demás personas dentro de una formación académica y un contexto clínico sujeto a unos roles específicos: ‘el médico’ y ‘el paciente’, donde el *ser médico* está compuesto por muchos agentes de responsabilidad frente a la salud y la vida de otra persona dentro de un marco jurídico.

El contacto y el impacto con el paciente -generalmente desde el tercer año- en un horizonte de sentido de ayuda profesional forma la plataforma para que se empiece a mutar de esa empatía social aprendida a una empatía profesional construida y adaptativa para la subjetividad del médico. El que la mayoría de los encuestados estuviese en el rango neutro de empatía sin importar el sexo da una señal de la relevancia que se le da a la objetividad en la profesión médica para comprender la relación que manejan los profesionales de la salud en la dinámica intersubjetiva con sus

pacientes, generando con el pasar de los años el desarrollo y el empleo de diferentes estrategias para hacer frente al dolor, el miedo, el sufrimiento humano y demás reacciones emocionales.

Una de ellas es la broma o el humor como se pudo observar en ambos médicos en la micro etnografía, puntualmente en la situación del “conejillo de indias” o la niña que tenía miedo de que el médico le “chuzara la cola”, donde la broma implicó una suspensión del sentido, es decir, “dejar algo sin efecto”, hacer que una representación o estructura simbólica deje de tener los efectos normales que se tendrían en el mundo real o mental (Rivière, Español, 2003: 2), y de esa manera se suspende el efecto emocional del miedo para ser aliviado con la risa o una sensación agradable dentro del ambiente de atención.

Son muchas las estrategias que utilizan los médicos en la atención a un paciente, que podría resultar en otro estudio enfocado a ellas, pero el meollo que atañe en este momento es la comprensión de que no es equiparable la empatía social esperada y a la que están acostumbrados los pacientes, a la empatía médica que han construido y desarrollado los médicos a lo largo de su formación académica y la experiencia profesional, y que si se quiere mejorar una percepción de la atención en la relación médico-paciente implica entonces un cambio de varios factores señalados previamente como agentes influyentes en esa empatía, siendo el poco tiempo de atención uno de ellos, sino el principal.

Capítulo III: Conclusiones

Retomando la pregunta de investigación: ¿Cómo se vivencia la empatía en la relación médico-paciente en diferentes etapas de la formación y del ejercicio profesional de médicos colombianos? Se respondería que:

La empatía es vivida por los médicos como el entender lo que le dice el paciente en una relación de ayuda, y ponerse en su situación; sin embargo, siendo esto nada más que una alusión a la forma subjetiva en que los profesionales se relacionan con la empatía de manera cognitiva, su forma de empatizar no requiere experimentar sus mismos sentimientos ni ponerse en su misma posición porque sienten que pierden autoridad y el involucramiento emocional sería demasiado, lo que en conjunto con el gran volumen de pacientes que atienden, haría que se generara un desgaste emocional.

La ‘empatía médica’ o el desarrollo de la neutralidad o la disociación afectiva encontrada entre los tres grupos en los niveles de formación se convierte entonces en un recurso psicoafectivo para manejar los impactos emocionales del contacto con las realidades de los pacientes y una estrategia para mantener su objetividad en la práctica. No empero, también puede resultar en un modelo percibido por los pacientes como frío o mecánico y alejado del trato humano de atención, haciendo las veces de un servicio más que una relación de ayuda, generando un posible efecto de reversa según el objetivo que buscan los profesionales de la salud al atender.

Los tiempos de atención en consulta conceden diferentes formas de interacción entre los médicos y los pacientes -y sus acompañantes dado el caso-, favoreciendo la percepción de la consulta privada como una potenciadora de la construcción de una buena relación con los pacientes incidiendo en la consecución del acto empático y convirtiéndose en un agente de mucha influencia en la calidad de la relación entre los profesionales de la salud y a quienes estos atienden.

Finalmente, se entiende a la empatía como un fenómeno relacional multidimensional que está atravesada por diversos agentes que influyen en la relación que se establece entre los médicos y los pacientes; muy distante de ser sólo las acciones que hace una persona para aliviar el sufrimiento de otro (Preston y de Wall, en Olivera, 2010), la empatía implica un reconocimiento y una comprensión de la complejidad humana en un espacio-tiempo determinado y una consideración circunstancial histórica de la persona con la que se va a empatizar.

Referencias

- Alcorta-Garza, A., González, J. F., Tavitas, S. E., Rodríguez, F. J., Hojat, M. (2005). Validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud Mental*, 28 (5), 57-63. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Distrito Federal, México. Recuperado del sitio web: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58252808>
- Amezcu, M. (2000). El Trabajo de Campo Etnográfico en Salud. Una Aproximación a la Observación Participante. *Índex De Enfermeria*. Otoño, 2000. IX (30), 30-35. Recuperado del sitio web: <http://www.index-f.com/cuali/observacion.pdf>
- Aponte, D., Martínez, J., Caicedo, J. (2016). *El Cerebro Social: Expresiones desde la Cooperación y la Agresión en Niños y Jóvenes*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia. Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social (CIDS).
- Bermejo, J.C. (2001). Relación de ayuda. En: García, J., Alarcos, F. (ed.) (2001). *10 palabras clave en humanizar la salud* (160-188). España: Verbo Divino.
- Chóliz, M. (2005). *Psicología de la Emoción: El Proceso Emocional*. Recuperado el 22 de julio de 2015 de: <http://www.uv.es/=cholz/Proceso%20emocional.pdf>
- Chung, H., Lee, H., Chang, D.S., Kim, H.S., Lee, H., Park, H.J., Chae, Y. (2012). Doctor's attitude influences perceived empathy in the patient-doctor relationship. *Patient Education and Counseling*. 89 (3), 387-391. Recuperado el 24 de mayo de 2015 en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22445730>
- De la Fuente, S. (2011). *Análisis conglomerados*. Facultad de Ciencias económicas y empresariales. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de:

<http://www.fuenterrebollo.com/Economicas/ECONOMETRIA/SEGMENTACION/CONGLOMERADOS/conglomerados.pdf>

Deslinde. (2010). La crisis de la salud y la Ley 100 de 1993. *Deslinde*, mayo 25, 2010. 46, 60–67. Recuperado del sitio web: <http://deslinde.co/la-tesis-de-la-salud-y-la-ley-100-de-1993/>

Díaz, H. L. (s.f.). *La cultura llanera. Un análisis etno-semiótico*. Recuperado del sitio web: http://www.bdigital.unal.edu.co/7436/1/LA_CULTURA_LLANERA.pdf

Díaz, V.P., Salas, D., Bracho, F., Ocaranza, J. (2015). Empatía en estudiantes de kinesología. Universidad Mayor, sede Temuco, Chile. *Ciencias de la Salud*, 13 (3), 383-393. doi: [dx.doi.org/10.12804/revsalud13.03.2015.05](https://doi.org/10.12804/revsalud13.03.2015.05).

Erazo, A. M., Alonso, L. M., Rivera, I., Zamorano, A., Díaz, V.P. (2012). Evaluación de la Orientación Empática en estudiantes de odontología de la Universidad Metropolitana de Barranquilla (Colombia) [Versión electrónica], *Revista Científica Salud Uninorte*, 28 (3) Recuperado de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4751/3986>

Fernández, L. (2006) ¿Cómo analizar datos cualitativos? Universitat de Barcelona, Institut de Ciències de l'Educació. *Butlletí LaRecerca*. Ficha 7. Octubre, 2006. ISSN: 1886-1946. En: <http://www.ub.edu/ice/recerca/pdf/ficha7-cast.pdf>

Giménez, J. A. (2002). La tradición médica en Occidente. La profesión médica hoy: nueva llamada de la tradición hipocrática. *Medifam*, 12 (9), 557-562. En: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n9/hablemos1.PDF>

- Gómez, H. A. (2009). *Relación Enfermero – Paciente en las Unidades De Terapia Intensiva. Proyecto de Investigación*. Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería. Córdoba, Argentina. En:
http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/gomez_hugo_alberto.pdf
- Hernández, M. (2000) El Derecho a la Salud en Colombia: Obstáculos Estructurales para su Realización [Versión electrónica] *Revista Salud Pública.*, 2 (2), 121-144. En:
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/18882/19840>
- Hernández, M. (s.f.). *Ponencia del Dr. Mario Hernández. Profesor Universidad Nacional de Colombia*. Recuperado el 22 de julio de 2015 de:
http://www.forosparalasaludpublica.com/files/Hernandez_Ponencia.pdf
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. México D.C.: McGraw-Hill Interamericana. 5ta edición. ISBN: 978-607-15-0291-9. Recuperado del sitio web: <http://bit.ly/1SgDw7f>
- Hojat, M., Vergare, M.J., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S.K., Isenberg, G.A., Veloski, J., Gonnella, J.S. (2009). The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic Medicine*, 84 (9), 1182-1191.
- Jagua, A., Urrego, D. Z. (2011). Actitudes de los estudiantes colombianos de medicina hacia la práctica de la disección en anatomía y su relación con el puntaje en la escala de empatía médica de Jefferson. *Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*. 59 (4), 281-307. ISSN electrónico 2357-3848. ISSN impreso 0120-0011. En:
<http://168.176.5.16/index.php/revfacmed/article/view/28393/28747>

- Konrath, S. H., O'Brien, E. H., Hsing, C. (2010). Changes in Dispositional Empathy in American College Students Over Time: A Meta-Analysis [Versión electrónica]. *Personality and Social Psychology Review*. 15 (2), pp. 180–198. doi: 10.1177/1088868310377395.
- López, N. (2006). *Un Enfoque Pluriparadigmatico para la Competitividad Inspirada en la Innovación de las Pymes en la Postmodernidad*. (Tesis doctoral). Venezuela: Universidad Nacional Experimental Simón Rodríguez. Universidad Nacional Experimental del Táchira.
- Martínez, J. (2011). Métodos de Investigación Cualitativa. *Silogismos de Investigación*. 08 (1). Recuperado el 14 de mayo de 2015 en el sitio web: <http://cide.edu.co/ojs/index.php/silogismo/article/view/64/53>
- Montague, E., Chen, P., Xu, J., Chewning, B., Barrett, B. (2013). Nonverbal Interpersonal Interactions in Clinical Encounters and Patient Perceptions of Empathy. *Journal of Participatory Medicine*, 5 (33). Recuperado del sitio web: <http://bit.ly/2wEtqrY>
- Moñivas, A. (1996). Conducta Prosocial. *Cuadernos de Trabajo Social*, 9, 125-142. Madrid: Ed. Universidad Complutense. Recuperado del sitio web: <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/viewFile/CUTS9696110125A/8357>
- Murillo, J., Martínez, C. (2010). *Investigación Etnográfica* [Versión electrónica]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado del sitio web: https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/I_Etnografica_Trabajo.pdf

Olivera, J. M. (2010). *Acerca del Concepto de Empatía. Su Rol y Evaluación en Psicoterapia*.

(Tesis). Argentina: Universidad de Belgrano. Recuperado del sitio web:

http://repositorio.ub.edu.ar/bitstream/handle/123456789/1560/449_Olivera_Ryberg.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud - OMS. (s.f.). *¿Cómo define la OMS la salud?* Recuperado el

25 de enero de 2018 de: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

Relaciones entre Emoción y Cognición. (s.f.). Tema 10: Relaciones entre Emoción y Cognición:

Introducción al Debate Planteado. Recuperado el 22 de julio de 2015 de:

<http://www4.ujaen.es/~eramirez/Descargas/TEMA%2010mtyemo.pdf>

Rivière, A., Español, S. (2003). La suspensión como mecanismo de creación semiótica.

Estudios de Psicología, 24 (3) 261-275.

Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo

antropofísico. *Cuicuilco*, 18 (52), 39-49. Escuela Nacional de Antropología e Historia

Distrito Federal, México. En: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35124304004>

Rodríguez, G., Gil, J., García, E. (1996). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Granada,

España: Ediciones Aljibe. Recuperado del sitio web:

http://www.catedranaranja.com.ar/taller5/notas_T5/metodologia_investig_cap.3.pdf

Rodríguez, H. (2006). La Relación Médico-Paciente. *Revista Cubana Salud Pública*, 32 (4).

Ciudad de la Habana. Recuperado del sitio web:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400007

Stein, E. (1999). *L'empatia*; a cura di Michele Nicoletti; presentazione di Achille Ardigo. 3. Ed.

ISBN 88-204-7476-X. Milano: Franco Angeli.

Anexos

Anexo 1. Cuestionario de la encuesta JSE



LA EMPATÍA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.

La presente es una encuesta dirigida a médicos en formación, médicos generales y especialistas con el fin de conocer la expresión de la empatía en la relación médico-paciente en los profesionales que ejercen en Colombia.

Esta encuesta hace parte del desarrollo del trabajo de grado de la estudiante **Katherine Vanessa Delgado Rodríguez** de noveno semestre de psicología para obtener su título como psicóloga de la Universidad Externado de Colombia.

Encuesta de medición de la Empatía en Médicos de Jefferson (JSE)

1. Datos personales

Para poder sistematizar la encuesta y realizar su análisis es necesario tener unos datos básicos de quienes la realizan.

Amablemente le solicito que conteste los siguientes datos:

1.1 Sexo: H___ M___

1.2 Edad: _____

1.3 Universidad (Alma Mater): _____

1.4 Nivel de formación:

1.4.1 Médico en formación (incluyendo internado): ____

1.4.2 Médico General: ____

1.4.3 Médico Especialista: ____ ¿Qué especialidad?_____

1.5 Si desea ser contactado para participar en una pequeña entrevista de la misma investigación, por favor anotar su correo y nombre. Le estaré muy agradecida si decide colaborar.

La entrevista es sencilla y tiene el objetivo de conocer la empatía en la relación m-p desde su punto de vista personal, en serio me ayudaría mucho si me apoya. Si no desea ser contactado/a escriba NA.

Correo: _____

Nombre: _____

Para la siguiente indique su grado de acuerdo o desacuerdo en cada oración escribiendo el número apropiado en la línea que se encuentra antes de cada oración. Utilice la siguiente escala para indicar su grado de acuerdo.

1 TOTALMENTE EN DESACUERDO	7 TOTALMENTE DE ACUERDO						
Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento médico.	1	2	3	4	5	6	7
Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente.	1	2	3	4	5	6	7
Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico.	1	2	3	4	5	6	7
La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas de la perspectiva de mi paciente.	1	2	3	4	5	6	7
Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista e historia clínica.	1	2	3	4	5	6	7
La atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento.	1	2	3	4	5	6	7
Trato de no ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los estoy atendiendo.	1	2	3	4	5	6	7
Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma.	1	2	3	4	5	6	7
Las enfermedades de mis pacientes solo pueden ser curadas con tratamiento médico; por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo en ese contexto.	1	2	3	4	5	6	7
Considero que preguntas a mis pacientes de lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender las molestias físicas.	1	2	3	4	5	6	7
Trato de entender que está pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal.	1	2	3	4	5	6	7
Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad.	1	2	3	4	5	6	7
La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como médico puede estar limitada.	1	2	3	4	5	6	7
Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias.	1	2	3	4	5	6	7
Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado.	1	2	3	4	5	6	7
No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes con sus familias.	1	2	3	4	5	6	7
No disfruto de leer literatura no médica o arte.	1	2	3	4	5	6	7
Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento médico.	1	2	3	4	5	6	7

Muchas gracias

Anexo 2. Guion de entrevista conversacional.



GUIÓN DE ENTREVISTA A MODO BIOGRÁFICO

Cuéntame un poco de ti... ¿cómo te llamas? ¿Dónde naciste y dónde te criaste?, ¿en qué universidad estudiaste?, bueno, y ¿por qué la medicina?, ¿Cómo recuerdas tu vida de estudiante universitario?

Bueno, cuéntame ahora un poco de tu trayecto laboral... los lugares en los que has trabajado, ¿cómo te has sentido ahí?...

¿Cuántos años llevas ejerciendo como médico?... ¿qué pasaba por tu mente cuando empezaste a laborar?, ¿qué expectativas tenías?, ¿qué sensaciones recuerdas haber tenido?... ¿cambiarías algo de lo que has hecho o no has hecho en esos años ejerciendo?

Veo que eres un/a médico/a bastante carismático/a, ¿crees que el carácter que tienes influye de alguna forma con tus pacientes?, ¿cómo?... Ya que mencionas la empatía (si no la menciona ¿dentro de lo que mencionas estaría la empatía?... ¿sí?) ¿Qué es para ti la empatía? ¿Cómo la has vivido?

¿Cómo sentías esa empatía que mencionas en los primeros casos que atendías? ¿Recuerdas algún caso en específico siendo estudiante que te haya afectado? ¿Qué crees que haces diferente ahora que no hacías como estudiante para establecer una buena relación con tu paciente?

Digamos, si tú estás examinando a un niño y él empieza a llorar y ves que ni la madre ni el padre dicen nada, ¿qué haces?, ¿cómo crees que lo que haces influye en esa situación?

Cuando te encuentras en una situación en la que ves que el paciente o alguno de sus familiares está sufriendo, ¿qué haces? ¿Qué crees que pasaría si no haces nada?, ¿Por qué crees que hay médicos que se muestran indolentes frente al sufrimiento ajeno? ¿Crees que cambia en algo que estés trabajando en una clínica y no en un hospital?

¿Qué piensas o sientes después de haber atendido algún caso en el que el paciente claramente está sufriendo?

Si quisieras cambiar algo para mejorar tu relación con tus pacientes ¿qué sería?

¿Qué recordarás de hoy?

Anexo 3. Carta de confidencialidad

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ manifiesto que mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria frente al procedimiento que se realiza en esta investigación. He sido enterado(a) del objetivo de esta investigación y entiendo que la información obtenida puede ser publicada o difundida con fines científicos, respetando mi anonimato.

Convento en participar en esta investigación.

Firma del participante

No. de Identificación

.....
[Espacio para diligenciamiento por parte del (los) investigador (es)]
















Hemos explicado al _____ (la) señor(a) _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le hemos explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. Hemos contestado a las preguntas en la medida de lo posible y hemos preguntado si tiene alguna duda. Aceptamos que explicamos la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y nos apegamos a ella.

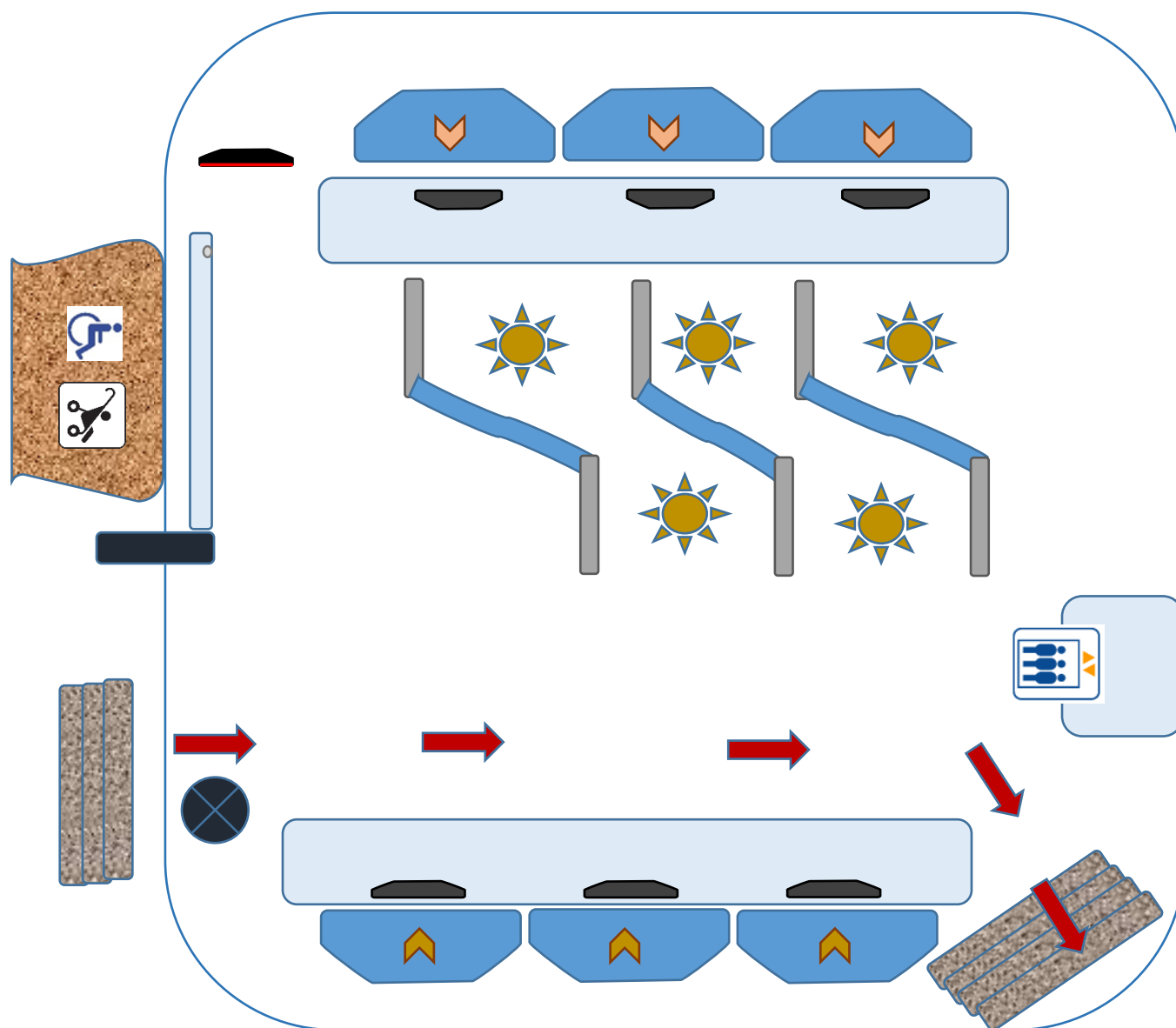
Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma de la
Investigadora _____
Nombre
Investigador _____
Documento
Identificación _____

Dado a los _____ días del mes de _____ del año _____

Anexo 4. Planos de los pisos de la unidad clínica donde se realizó la micro etnografía.

<i>Convenciones:</i>	
	Vigilante
	Paciente
	Recepcionistas de los pacientes
	Recepcionistas área administrativa
	Cintas que organizan las filas para ser atendidos los pacientes
	Bastones que organizan las filas para ser atendidos los pacientes
	Camino que realicé
	Ascensores
	Rampa para bebés en coche y personas en condición de discapacidad
	Baños
	Cuarto de las enfermeras
	Consultorios donde se realizó la micro etnografía
	Enfermeras que reciben y anuncian a los pacientes
	Médico pediatra - Consultorio 1
	Médico neurólogo – Consultorio 2

Piso 1. Recepción.*Figura 9. Plano piso 1.*

Piso 2. Consultorios.

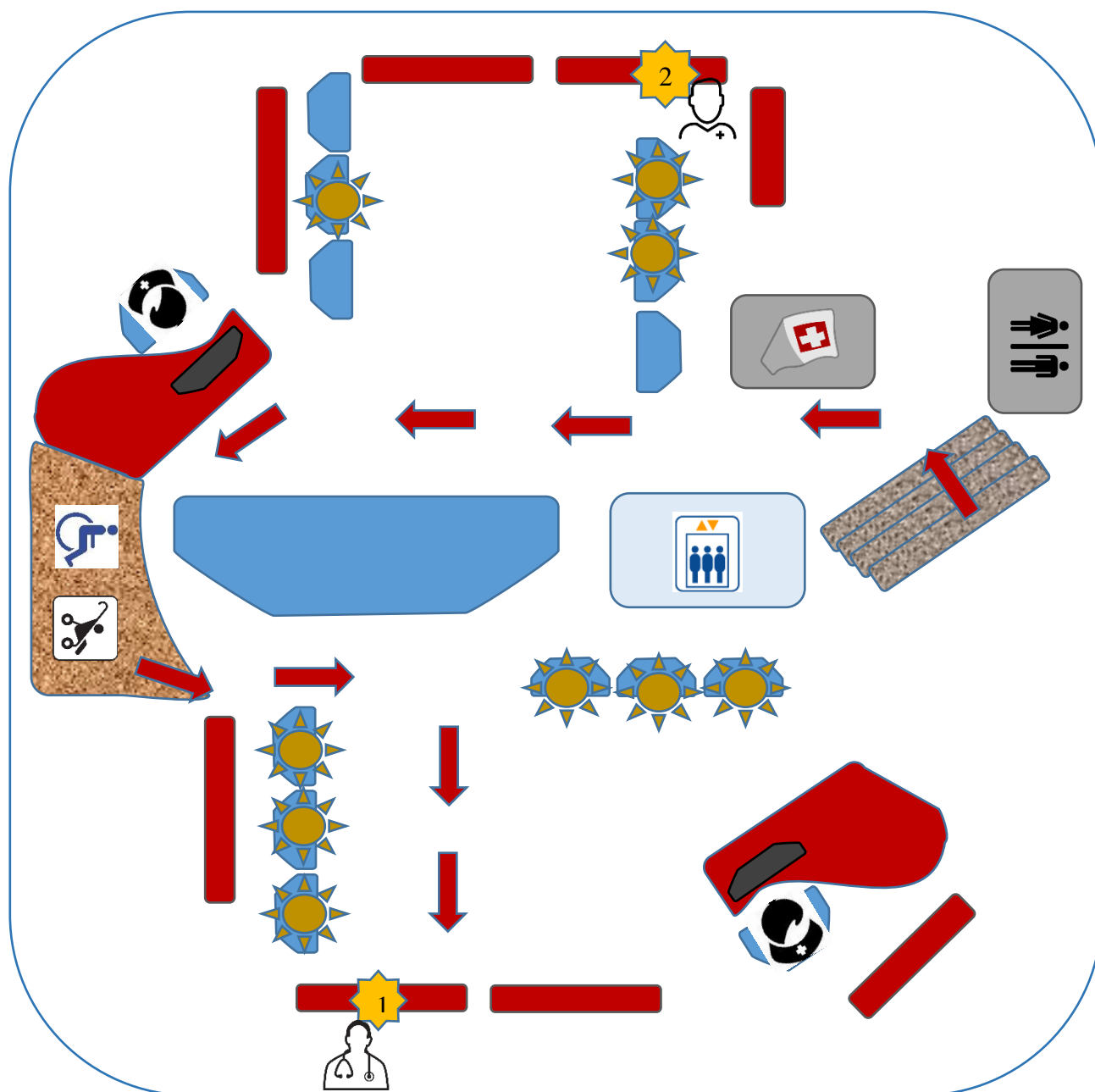


Figura 10. Plano piso 2.

Anexo 5. Tabla 4 de correlación entre edad y rango de empatía.

Tabla 4

*Correlación de Pearson entre edad, rango de empatía y las subescalas.***Correlaciones**

		Edad	SUMA	SUMA SUB 1	SUMA SUB 2	SUMA SUB 3
Edad	Correlación de Pearson	1	.206*	.277**	.037	.186
	Sig. (bilateral)		.039	.005	.713	.063
	N	101	101	101	101	101
SUMA	Correlación de Pearson	.206*	1	.688**	.866**	.659**
	Sig. (bilateral)	.039		.000	.000	.000
	N	101	101	101	101	101
SUMA SUB 1	Correlación de Pearson	.277**	.688**	1	.309**	.132
	Sig. (bilateral)	.005	.000		.002	.189
	N	101	101	101	101	101
SUMA SUB 2	Correlación de Pearson	.037	.866**	.309**	1	.557**
	Sig. (bilateral)	.713	.000	.002		.000
	N	101	101	101	101	101
SUMA SUB 3	Correlación de Pearson	.186	.659**	.132	.557**	1
	Sig. (bilateral)	.063	.000	.189	.000	
	N	101	101	101	101	101

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Anexo 6. Definición de los nodos

1. **Ambiente al interior de las consultas observadas:** Conjunto de circunstancias relacionales que denoten elementos de cercanía o confianza/desconfianza en la relación entre el médico y los pacientes.
 - a. **Proceder en el examen médico:** Descripción detallada de las acciones del médico al examinar al paciente evidenciadas en la micro etnografía.
2. **Caracterizaciones simbólicas:** Contenidos alrededor de la significación¹⁴ de diferentes elementos en la cultura colombiana.
 - a. **Creencias populares:** Conjunto de ideas y conceptos por fuera de la ciencia que inciden en los comportamientos de las personas en las sociedades, en este caso sobre su salud, cuyo origen es desconocido y son tomados como válidos¹⁵ por una gran cantidad de personas.
 - b. **Implicaciones culturales en la salud:** Efectos que tienen en los procesos de salud y enfermedad las creencias populares y elementos culturales.
3. **Diferencias entre profesiones médicas:** Diferencias que se encuentran entre diferentes profesionales relacionadas con la medicina.
 - a. **Diferencias interdisciplinarias observadas:** Diferencias que se encuentran entre profesionales de disciplinas diferentes a la medicina en comparación con esta.
4. **Empatía:** Descripciones que hacen referencia a lo que cada médico concibe como empatía, o narraciones que aludan a “ponerse en los zapatos del otro”.

¹⁴ Desde los estudios semióticos de la cultura se entiende que “la semioticidad (significación) de una cultura, está dada fundamentalmente por la forma en que esa sociedad se relaciona con los signos y los convierte en un sistema de representación para facilitar la comunicación social. Dentro de los elementos culturales que sufren este fenómeno están los comportamientos sociales, los mitos, los ritos, las creencias.” (Díaz, H. (s.f.): 2).

¹⁵ Al emplear este término no se hace como una invalidación a las ideas de las cosmovisiones alternativas a la visión médica sobre los procesos de salud-enfermedad, sino para denotar su aceptación en la esfera social.

5. **Expectativas hacia esta investigación:** Ideales o deseos que manifiestan los médicos para conocer sobre esta investigación.
6. **Formación:** Universidad en la que hizo el pregrado, el posgrado y/o la especialidad; y lo referente a la formación académica:
 - a. **Brechas generacionales en formación:** Diferencias en la formación médica de una generación a otra de médicos.
 - b. **Especialidad:** Especialidad en la que se formó el médico o descripciones referentes a una determinada especialidad.
 - c. **Estudiar obligado:** Aspecto señalado por los médicos como influyente para la creación o no de la empatía con el paciente.
7. **Relación con JSE:** Aspectos que se relacionan con categorías de la Escala de medición de la Empatía en Médicos de Jefferson (JSE).
 - a. **Relación ítem 18 JSE:** Hace referencia al ítem 18 de la Escala de medición de la Empatía en Médicos de Jefferson que los médicos diligenciaron antes de la entrevista. Dicho ítem dicta así: “No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes con sus familiares”.
 - b. **Relación ítem 19 JSE:** Hace referencia al ítem 19 de la Escala de medición de la Empatía en Médicos de Jefferson que los médicos diligenciaron antes de la entrevista. Dicho ítem dicta así: “No disfruto de leer literatura no médica o arte”.
8. **Relación médico-paciente:** Todos los aspectos y dinámicas que se dan en la relación que se establece entre los médicos y los pacientes.
 - a. **Acompañantes del paciente:** Personas que acompañan al paciente a su consulta médica.

- b. Cambios en la relación médico-paciente:** Variaciones generacionales que presentan los médicos en su abordaje al paciente.
- c. Cambios tecnológicos:** Cambios que se generaron en la relación médico-paciente a través del uso de las nuevas herramientas tecnológicas (Clasificado también en otro nodo).
- d. Educación a los pacientes:** Contenidos y formas de proceder que desean los médicos que sepan los pacientes para su proceso de atención y de salud.
- e. Forma de abordaje de la enfermedad:** Maneras en las que cada médico concibe y aborda la enfermedad.
 - i. Formas de dolor:** Caracterizaciones de los diferentes tipos de dolor que identifica el médico.
- f. Mirada fragmentada del paciente:** Concepción de la patología del paciente como un carácter organicista, sin tener en cuenta los demás componentes influyentes en su salud.
- g. Tiempo de atención Consulta especialista:** Duración de las consultas con los especialistas evidenciadas en la micro etnografía.

9. Relación micro etnografía: Aspectos relacionados con lo observado en la micro etnografía realizada en los consultorios médicos de un pediatra y de un neurólogo.

- a. Atribuciones propias hacia los pacientes:** Pensamientos de la investigadora de lo que pueden o no pensar los pacientes.
- b. Caracterizaciones del paciente:** Descripciones realizadas por parte de los médicos sobre sus percepciones acerca de lo que el paciente piensa, siente o hace.
- c. Condiciones de infraestructura para la atención:** Condiciones físicas que tienen las instalaciones de la IPS (Institución Prestadora de Servicios).

- d. Diferencias en los espacios institucionales:** Diferencias que se encuentran a nivel de distribución espacial o ambientaciones físicas de una misma IPS o entre diferentes IPS.
- e. Distribución del espacio:** Descripciones relacionadas con la distribución de los diferentes elementos relacionados con la planta física de una IPS, una sala de espera, un consultorio médico, etc.
- f. Higiene del lugar:** Descripciones sobre las condiciones de limpieza e higiene de los espacios físicos de la IPS.
- g. Percepciones propias sobre la atención:** Descripciones sobre la atención a los pacientes que percibí en la micro etnografía.
- h. Presentación personal del personal de la institución:** Percepciones sobre el cuidado personal de los empleados de la IPS incluyendo médicos, enfermeras, celadores, etc.
- i. Trato del médico con investigadora:** Dinámicas y formas de interactuar de los médicos con la investigadora en la micro etnografía.
- j. Trato del personal no médico:** Conjunto de circunstancias relacionales en la interacción del personal no médico con la investigadora; el personal no médico es todo aquel que trabaje en la IPS y no sea médico.

10. Relaciones de poder: Dinámicas de ejercicio de poder entre los médicos con el sistema de salud, con los otros médicos, y con el personal sanitario y administrativo.

- a. Ambiente social del médico:** (Clasificado también en otro nodo) En este nodo se refiere a las prácticas de presión social determinadas por los médicos.

- b. Orden en las relaciones de poder:** Estructura jerárquica en la que se han establecido las relaciones de poder entre el sistema de salud y los médicos, y entre los médicos mismos.
- c. Relación médico-médico:** Aspectos, dinámicas y formas de interactuar entre los médicos de la IPS.
- d. Relaciones de poder en la empatía:** Dinámicas de ejercicio de poder que median en la construcción de la empatía entre los médicos y los pacientes.

11. Sistema de salud: Dinámicas que se erigen desde el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) hacia el ejercicio profesional de los médicos, y su relación con sus pacientes.

- a. Auditoría:** Procesos de seguimiento sistemático y periódico de la calidad y la atención médica; realizados por un médico con posgrado en auditoría de la salud.
- b. Cambio en el sistema de salud:** Formas en las que manifiestan los médicos que se puede generar un cambio en el sistema de salud.
- c. Cambios tecnológicos:** Cambios que se generaron en la relación médico-paciente a través del uso de las nuevas herramientas tecnológicas (2do nodo en el que está clasificado).
- d. Condiciones sociodemográficas:** Descripciones sobre los contenidos etarios y demográficos colombianos y su relación con la salud pública.
- e. Dificultad para agremiarse:** Descripciones referentes a las dificultades que poseen los médicos para hacer una agremiación médica.
- f. Persona de primer contacto:** Persona con la que los pacientes tienen el primer contacto para su atención en salud.

12. Subjetividad del médico: Percepciones, concepciones, opiniones y formaciones de sentido desde la experiencia propia en su contexto particular.

- a. **Ambiente familiar del médico:** Hace referencia a las tradiciones familiares, temas de conversación usuales y otras formas de descripción de la vivencia cotidiana familiar de cada médico.
- b. **Ambiente social del médico:** Las prácticas sociales de los grupos en los que se relacionaba el médico (Clasificado también en otro nodo).
- c. **Características del médico:** Descripciones de las cualidades que cada médico *dice tener*, o que *debe* tener un médico.
- d. **Educación al médico:** Actualizaciones académicas por parte del médico después de graduado.
- e. **Estructura familiar:** Miembros que componen la familia núcleo del médico.
- f. **Influencia en la experiencia del médico:** Aspectos que tienen impacto en los procesos de aprendizaje y experticia del médico.
- g. **Objetivo personal del médico:** Meta a la que apunta cada médico en su práctica médica.
- h. **Tiempo de experiencia:** Años de experiencia con los pacientes.

Anexo 7. Figuras 22, 23 y 24 de los mapas mentales

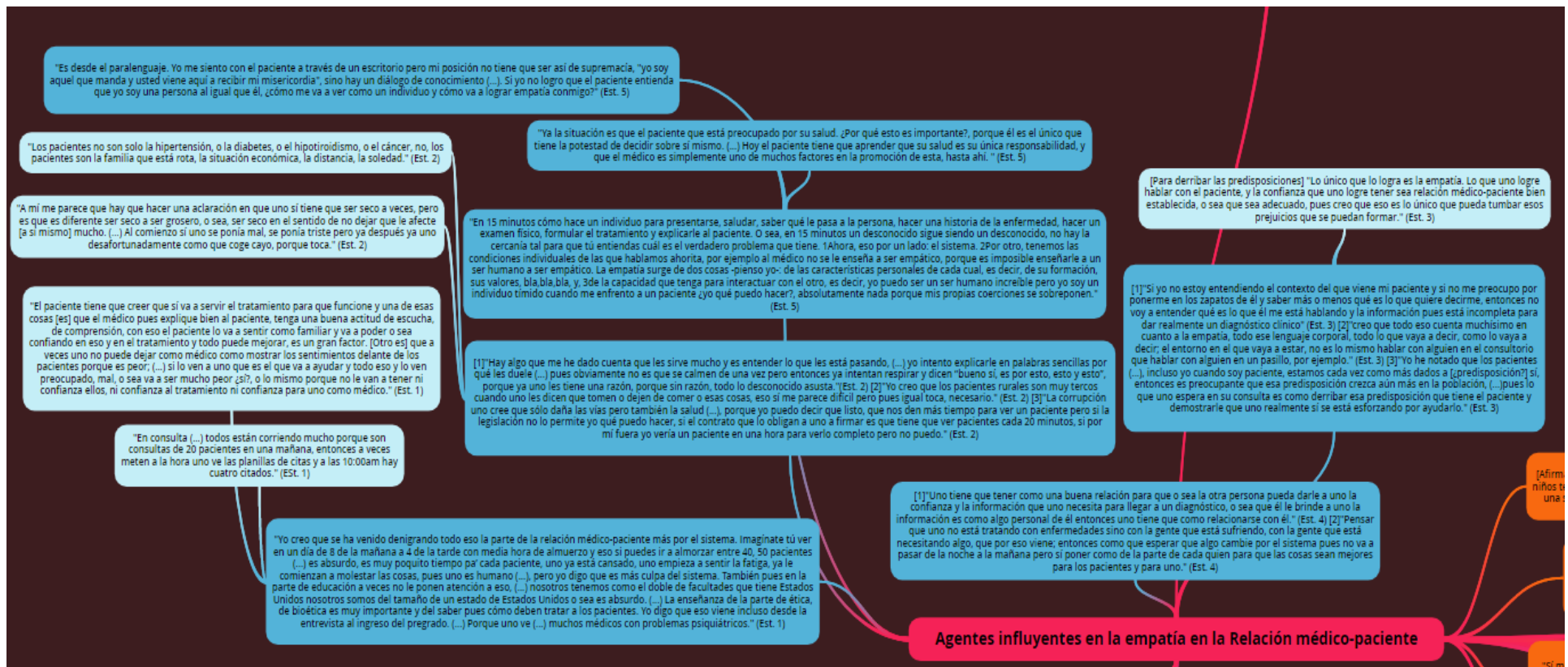


Figura 22. Mapa mental focalizado en los estudiantes de medicina del nodo nuclear b).

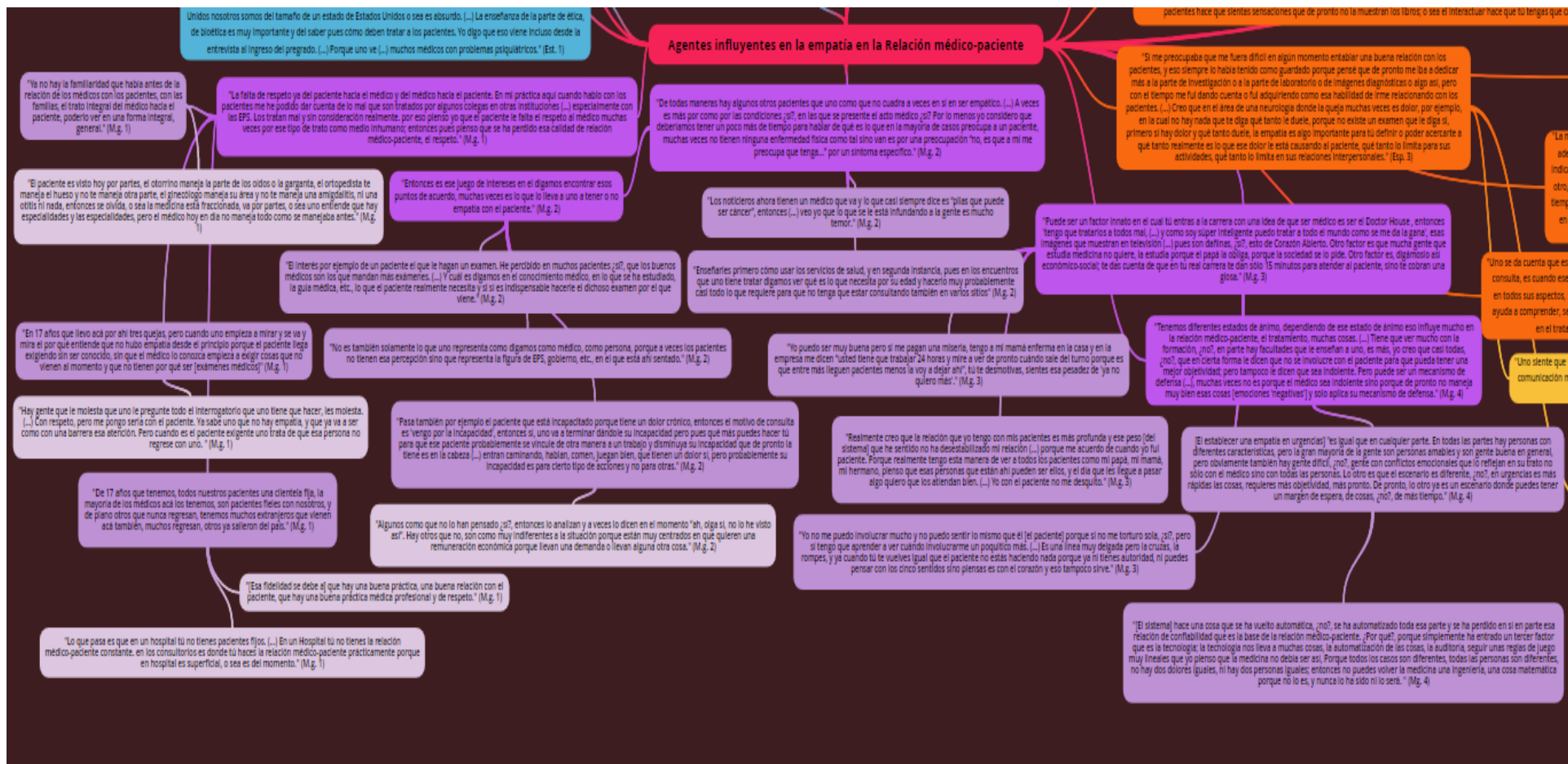


Figura 23. Mapa mental focalizado en los médicos generales del nodo nuclear b).

